

Risikoanalyse für Augenärzte



Interessent

Frau Herr Firmierung (Name, Anschrift)

Kontaktdaten

Telefon _____

E-Mail _____

Praxisanschrift

Deckungs- summen

Berufshaft- pflicht

- 5 Mio. € pauschal für Personen-, Sach-u. Vermögensschäden
 7,5 Mio. € pauschal für Personen-, Sach-u. Vermögensschäden

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Dreifache dieser Deckungssumme begrenzt

Human- Mediziner

Facharztbezeichnung _____

Zusatzbezeichnungen _____

Unterhalten Sie eine Zweigpraxis im Ausland oder sind Sie im Ausland tätig ? ja nein
(Falls ja, sind zusätzliche Angaben notwendig)

Betreuen Sie Profi-und Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften oder unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und Kulturveranstaltungen ? (Falls ja, sind zusätzliche Angaben notwendig) ja nein

Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht ? ja nein
(falls ja, geben Sie Art und Umfang der Tätigkeit an:

Nehmen Sie folgende Kosmetisch indizierte Operationen / Behandlungen vor ?
Brustkorrekturen, Bauchdeckenplastik, Liposuktionsbehandlungen (Fettab-
Saugungen), Gesäß- und Reithosenplastik, Operative Komplett-Face-Liftings,
Intimoperationen, nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe
-> bei HDI nicht versicherbar ja nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt: Für rein kosmetisch Indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung Von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von Körperlichen Funktionen dienen, besetzt für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

Niedergelassene Ärzte

Erstniederlassungsdatum _____._____._____ Umsatz _____ €
Anzahl der Mitarbeiter _____

- Firmierung als
- Einzelpraxis
 - Tagesklinik*
 - Praxisklinik*
 - MVZ*
 - Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft
 - Berufsausübungsgemeinschaft
 - Teilberufsausübungsgemeinschaft*
 - Partnerschaftsgesellschaft*
- Gesonderte Risikoanalyse notwendig

Haben Sie einen Jobsharing-Partner ? ja, Name _____ nein

- Ambulant konservative Tätigkeit (ohne endoskopische und operative Eingriffe)
 - Ambulant operative Tätigkeit
 - Ambulante und stationäre Tätigkeit als Beleg- oder Honorararzt (nicht in eigener Klinik)* mit bis 10 Betten
- Anzahl der Betten _____
- Sonstige Tätigkeit gem. Tarif* _____
- *zusätzliche Angaben notwendig

-
- Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen ? ja nein
 - Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen ? ja nein
 - Werden Organ-, und / oder Gelenkpunktionen, intraartikuläre Injektionen und /oder Infiltrationen vorgenommen ? ja nein
 - Werden ambulante wirbelsäulennahe Injektionen und /oder Infiltrationen vorgenommen ? ja nein

-
- Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 € mit Kontaktlinsen-, Kontaktlinsenflüssigkeiten, etc. ? ja nein
- Unterhalten Sie ein rechtlich eigenständiges Unternehmen (z.B. Kontaktlinsenstudio oder Lasikzentrum)? Ja nein

Anzahl der angestellten Orthoptisten / Orthoptiker _____

Angestellte Fachärzte

Angestelltes medizinische fachpersonal und nichtärztliche Praxisassistenten, Ärzte in der Ausbildung ohne Facharzt Anerkennung, Medizinstudenten, Praktikanten (weisungsgebunden) und bis zu zwei angestellte Fachärzte- bei gleichem Fachgebiet und gleicher bzw. geringerer Tätigkeitseinstufung oder Jobsharing-Angestellte – sind prämienfrei mitversichert. Gilt nicht für Jobsharing- Partner. Die prämienfreie Mitversicherung angestellter Ärzte ist auf max. 4 je Berufsausübungsgemeinschaft / Gemeinschaftspraxen begrenzt.

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte* nein ja, Anzahl _____

Name _____ Fachrichtung _____

Tätigkeitsumfang ambulant konservativ ambulant operativ ambulant und stationär

Name _____ Fachrichtung _____

Tätigkeitsumfang ambulant konservativ ambulant operativ ambulant und stationär

Name _____ Fachrichtung _____

Tätigkeitsumfang ambulant konservativ ambulant operativ ambulant und stationär

Name _____ Fachrichtung _____

Tätigkeitsumfang ambulant konservativ ambulant operativ ambulant und stationär

*bitte alle angestellte Fachärzte angeben – auch prämienfrei mitversicherte

Sind alle Computer, Server sowie sonstige genutzte Eingabegeräte (z.B. Smartphone, Tablet)
Mit Zugriff auf einen gemeinsamen Server mit einer aktuellen professionellen Virenschutz-
Software mit Spywareerkennung ausgestattet, welche automatisch auf dem aktuellen Stand
Gehalten wird ? ja nein

Hat eine Aufsichtsbehörde, staatliche Stelle oder Verwaltungsbehörde eine Klage gegen
Das Unternehmen oder mitversicherten Personen eingereicht Ermittlungen eingeleitet
Oder Auskünfte zum Umgang mit sensiblen Daten angefordert ? ja nein

(Berechnungsgrundlage: Praxisumsatz _____)

**Mitversicher-
ung Privat-
Haftpflicht-
Versicherung**

Die Absicherung der Privathaftpflicht wird gewünscht. (in einem selbständigen Vertrag)

Single (Ehe)Paar Familientarif
Geb.-Datum Kind _____
Geb.-Datum Kind _____
Geb.-Datum Kind _____

**Vorversicher-
ung**

keine Vorversicherung
Versicherer _____

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden ? nein ja, Anzahl und Aufwendungen

Ablauf der Vorversicherung _____ Neuordnung gefordert ? ja nein

Kündigung durch Versicherungsnehmer Kündigung durch Versicherer

**Wichtiger
Hinweis**

Bitte beachten Sie, dass der Versicherer auf die wahrheitsgemäße Erklärung seine Entscheidung über die Annahme
Des Antrags stützt. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag
berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz
rückwirkend entfallen lässt.

Ort / Datum

Unterschrift
