

# 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

**Ärzte in Dienst- oder Anstellungsverhältnis**

- Dienststellung
- Chefarzt / Leitender Oberarzt / ärztlicher Direktor, Leiter selbständiger Abteilungen
  - Oberarzt / Funktionsoberarzt
  - Assistenz-/ Facharzt
  - Sonstiges
- dienstliche und gelegentlich außerdienstliche ambulante Tätigkeit ( einschl. ambulanter Praxisvertretungen )
- dienstliche und freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit
- dienstliche und freiberufliche ambulante operative Tätigkeit
- dienstliche und freiberufliche ambulante und Stationäre Tätigkeit
- Ärztliches Restrisiko – Basisdeckung ( Erste- Hilfe- Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Bekannten –u. Verwandtenkreis )
- freiberufliche ambulant konservative Tätigkeit
- freiberufliche ambulante operative Tätigkeit
- freiberufliche ambulante und stationäre Tätigkeit
- nur gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit ( ohne Praxisvertretungen )
- Sonstiges

**Ärzte ohne Dienst- oder Anstellungsverhältnis**

- Praxisvertretungen
- Konsiliararztstätigkeit\*
- Honorararztstätigkeit
- Anzahl Tage im Jahr \_\_\_\_\_
- ambulante konservative Tätigkeit
- ambulante operative Tätigkeit
- ambulante und stationäre Tätigkeit
- sonstige Tätigkeiten \_\_\_\_\_

**Ärztliches Restrisiko**

- ärztliches Restrisiko – Basisdeckung ( Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen bei Notfällen und im Verwandten-/ Bekanntenkreis )
- ärztliches Restrisiko einschl. einer gelegentlichen freiberuflichen ambulanten Tätigkeit

**Deckungserweiterungen, sonstige Risiken**

Ergänzende Risikobeschreibungen, Besondere Vereinbarungen z.B. ärztliche Gutachter, notärztliche Tätigkeit... )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cyber-Risk Deckung**

- Deckungssummen
- 100.000 € Cyber-Drittschäden u. Cyber-Eigenschäden jeweils max. 1-fach p.a.
  - 250.000 € Cyber- Drittschäden u. Cyber-Eigenschäden jeweils max. 1-fach p.a.

Im Rahmen der Deckungssumme für Eigenschäden mitversichert:

- Benachrichtigung von Betroffenen und Datenschutzbehörden
- Wiederherstellung von Daten und Software
- Betriebsunterbrechung

Selbstbeteiligung

- Der Selbstbehalt je Versicherungsfall beträgt
- 1.000 € ( Standard )
  - 2.500 €
  - 5.000 €\*

\*diese Variante ist nur bei einer Deckungssumme von 250.000 € wählbar

Risikofragen

- Werden ( einschließlich aller rechnergestützten Geräte und Computer ) im Jahr mehr als 20.000 Kreditkartendaten bearbeitet, gespeichert oder übermittelt ?  ja  nein
- Sofern Kreditkartendaten vorhanden sind, werden die Standards gem. PCI DSS ( Payment Card Industry Data Security Standard ) eingehalten ?  ja  nein

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 \_\_\_\_\_ )

**Mitversicherung  
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 \_\_\_\_\_

**Vorversicherung-  
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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_