

**Vermittler**

RD  Vermittler-Nr.  Datum der Anfrage

**Interessent**

Bestehender Kunde  Nein  Ja Versicherungsschein-Nummer:

**Institut/Praxis**  
 Name inklusive Rechtsform   
 Straße, Hausnummer, Postfach   
 Postleitzahl, Ort

**Risikoanschrift** (sofern abweichend)  
 Straße, Hausnummer   
 Postleitzahl, Ort

**Ansprechpartner**  
 Titel, Vorname, Name  Frau  Herr   
 E-Mail   
 Internet-Adresse

**Betriebsart**

Fachgebiet(e)

Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft  Partnerschaft

**Versicherungsumfang**

Sach (F-ED-LWE-St-Glas)  Ja  Nein  
 Elektronik  Ja  Nein  
 Ertragsausfall  Ja  Nein  
 Betriebshaftpflicht  Ja  Nein  
 Privathaftpflicht  Ja  Nein

**Prämienermittlung**

Für die Berechnung der Prämie benötigen wir den Umsatz sowie die Anzahl der tätigen Ärzte und der ambulant-operativ tätigen Ärzte.

Umsatz des letzten Jahres  Umsatzbetrag  €

Anzahl der Ärzte  Personen Davon Anzahl der ambulant-operativ tätigen Ärzte  Personen

Höchstentschädigungsgrenze  2,5 Mio. € Sach / 500.000 € Elektronik  5 Mio. € Sach / 1 Mio. € Elektronik

Wegfall der Zeitwertregelung gewünscht? (Elektronik):  Ja  Nein

**Berufshaftpflicht**  
 Welche Versicherungssumme wünschen Sie je Versicherungsfall?  
 5 Mio. €  10 Mio. €  
 pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (jeweils 2-fach je Versicherungsjahr)

**Sicherung**

**Mindestsicherungen**  
 Alle Außentüren zu den Versicherungsräumen sind mit einem bündigen Zylinderschloss, bündig mit Türblatt montiert oder mit einem von außen nicht abschraubbaren Sicherheitsbeschlag oder Sicherheitsrosette oder einem Zuhaltungsschloss mit mindestens sechs Zuhaltungen gesichert. Außenliegende Türbänder sind durch Hinterhaken oder eine Bandsicherung gesichert.  Ja  Nein

**Selbstbehalt**

Wird ein Selbstbehalt (SB) gewünscht?  Kein SB  250 € SB  500 € SB  1.000 € SB



**Vorversicherung und Vorschäden**

**Vorversicherung:** Bestehen oder bestanden anderweitig gleichartige Versicherungsverträge oder wurden sie anderweitig beantragt?  Ja  Nein

Vertrag/Sparte	Gesellschaft	Versicherungs-Nr.	Ablaufdatum	Gekündigt durch:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Interessenten	<input type="checkbox"/> Versicherer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Interessenten	<input type="checkbox"/> Versicherer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Interessenten	<input type="checkbox"/> Versicherer

**Vorschäden, auch wenn keine Vorversicherung bestand:** Hatte der Interessent in den letzten 5 Jahren Schäden der Art, gegen die Versicherung beantragt wird?  Ja  Nein

Eintrittsjahr	Anzahl	Art der Schäden, Schadensursachen	Schadenaufwand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €

**Bemerkungen**

**Datenschutz**

Der Makler/Vermittler bestätigt, dass er die Datenschutzinformation zur Verwendung Ihrer Daten und die Datenschutzhinweise nach dem Code of Conduct (CoC) beachtet und ihm das Einverständnis des Kunden zum Speichern seiner personenbezogenen Daten vorliegt.