

Anfrage zum Rahmenvertrag für die Mitglieder des BVA e.V.

Berufshaftpflichtversicherung

Frau Vor- und Nachname _____
 Herr Geburtsdatum _____
 Firma Anschrift (Privat) _____
Anschrift (Praxis) _____

Kontakt Telefon _____ Mobil _____
Fax _____ E-Mail _____

Status Angestellt Niedergelassen, seit _____
 Sonstiges (z.B. nur freiberufliche Praxisvertretungen) _____
Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft / Berufsausübungsgemeinschaft / Sonstiges: _____
 Nein Ja, mit _____
(Name, versichert bei, Vers. Nr.)

Tätigkeit ambulant-konservativ ambulant-konservativ inkl. Laserbehandlungen
 ambulant-operativ ambulant und stationär mit ___ Belegbetten

Personal Angestellte Fachärzt*innen / Anzahl _____ Angestellte Orthoptist*innen / Anzahl _____

Aufklärung Nutzen Sie Aufklärungsbögen? Ja, _____ Nein

Weiteres Führen Sie medizinisch nicht indizierte Eingriffe durch?
 Ja, Art und Anzahl _____ Nein

Praxis-vertretung bis zu 30 Tage im Jahr bis zu 60 Tage im Jahr
 bis zu 90 Tage im Jahr mehr als 90 Tage im Jahr; Anzahl _____

Vorversicherung und Schäden Versicherungsgesellschaft _____
Vers. Nr. _____
Gab es Vorschäden in den letzten 5 Jahren? JA, Anzahl _____ Nein

Sonstiges _____



Wir empfehlen eine Versicherungssumme von min. 5 Mio. € für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Falls Sie eine höhere Summe wünschen, dann sprechen Sie uns an!

Ort, Datum, Unterschrift / Stempel