

BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGEN

Rahmenvertrag mit dem BFH Bund freier Heilberufe e. V.



HIGHLIGHTS

- **Deckungssumme**
5.000.000 € pauschal für Personen- und Sachschäden
- Höhere Deckungssummen mit 7,5 Mio. oder 10 Mio. € für Pers. und Sachschäden gegen Zuschlag möglich
- Flexible Tarifgestaltung
- Modulare Prämienstaffel je nach Tätigkeitsschwerpunkte
- Medizinisch nicht indizierte Risiken gegen Mehrbeitrag versicherbar
- Erweiterte Kosmetik wie operative Faceliftings, Fettabsaugung, Reithosen-, Gesäß- und Bauchdeckenplastiken gegen Mehrbeitrag versicherbar
- Strafverteidigungskosten beitragsfrei mitversichert
- Keine Sublimits bei Mietsachschäden, Schlüsselschäden, Bearbeitungsschäden, eingebrachte Sachen usw.
- Keine generellen Selbstbehalte
- Grundbaustein Umweltschadensversicherung beitragsfrei enthalten
- Verschiedene Rabattmöglichkeiten wie Gemeinschaftspraxis-, Praxengemeinschafts-, Niederlassungs- und Neukundenrabatt möglich
- Eigene Vertragsnummer für jeden versicherten Arzt möglich

Sofortinfo unter Telefon
0541 3 35 86 - 0



Fragebogen MKG-Chirurgen

Name _____	Geb.Datum: _____
Anschrift _____	
PLZ/Ort _____	
Telefon _____	Telefax _____
E-Mail _____	

Niedergelassene Ärzte

<input type="checkbox"/> in eigener Praxis	<input type="checkbox"/> nicht in eigener Praxis
Datum der Erstniederlassung: _____	
Facharztbezeichnung: _____ Zusatzbezeichnung: _____	
Firmieren Sie als:	<input type="checkbox"/> Praxisklinik <input type="checkbox"/> Tagesklinik/amb. OP-Zentrum <input type="checkbox"/> MVZ
Besteht eine Praxisgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name Praxenpartner: _____
Besteht eine Gemeinschaftspraxis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name Praxenpartner: _____
Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name Praxenpartner: _____
Angestellte Ärzte?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
bei ja:	Name: _____ Tätigkeit: _____
	Name: _____ Tätigkeit: _____
	Name: _____ Tätigkeit: _____
Anzahl der Mitarbeiter: _____	

Art der Behandlung

<input type="checkbox"/> ambulante Behandlungen		
Werden ambulante Operationen vorgenommen? Werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
endoskopische Eingriffe vorgenommen? Werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
laserchirurgische Behandlungen vorgenommen? Werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
kosmetische Eingriffe vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Konsiliarärztliche Tätigkeit mit einem Krankenhaus (bitte Umfang beschreiben, ggf. Kooperationsvertrag und zusätzlichen Fragebogen einreichen)		
<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Behandlungen		
<input type="checkbox"/> Belegbetten, Anzahl: _____		

Aufklärung

Werden die Patienten bei allen Eingriffen umfassend über Art u. Umfang des Eingriffes aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wie werden die Patienten aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> mündlich durch den behandelnden Arzt	
	<input type="checkbox"/> zusätzlich schriftlich mit Hilfe von Aufklärungsbögen	
Werden Patientenaufklärungsbögen der Verlage „Pro Compliance“ oder „DIOMed“ verwendet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
(Wenn „nein“, bitte eigene Aufklärungsbögen zur Vorlage einreichen.)		

Zusatzrisiken

Kosmetische Behandlungen und Eingriffe (Beseitigen von Schönheitsfehlern ohne medizinische Indikation).

Werden kosmetische med. nicht indizierte Behandlungen und Eingriffe vorgenommen? nein ja

Art der kosmetischen Eingriffe/Anzahl (pro Jahr):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Narbenkorrekturen _____ | <input type="checkbox"/> Muttermale _____ |
| <input type="checkbox"/> Operative Entfernung von Überpigmentierung: | <input type="checkbox"/> Altersflecken _____ |
| | <input type="checkbox"/> Sommersprossen Gesicht _____ |
| | <input type="checkbox"/> Tätowierungen _____ |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Feuermalen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Behandlung von Gefäßveränderungen: | <input type="checkbox"/> Störende Blutschwämmchen _____ |
| | <input type="checkbox"/> Hämangiome _____ |
| | <input type="checkbox"/> Teleangiektasien, Couperosen _____ |
| | <input type="checkbox"/> Besenreiservarizen _____ |
| <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzungen mit: _____ | <input type="checkbox"/> Lidstraffung _____ |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäurepeelings mit: _____ | <input type="checkbox"/> Entfernung von Xanthelasmen _____ |
| <input type="checkbox"/> Faltenglättung mit dem Laser: _____ | <input type="checkbox"/> Nasenkorrekturen _____ |
| <input type="checkbox"/> Laserentfernung oder -verödung von
Hautveränderung _____ | <input type="checkbox"/> Ohrenanlegeplastiken _____ |
| | <input type="checkbox"/> Haarepilation mit dem Laser _____ |
| <input type="checkbox"/> Fettabsaugung _____ | <input type="checkbox"/> Brustvergrößerung/-verkleinerung _____ |
| <input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastik : _____ | <input type="checkbox"/> Gesäß- und Reithosenplastik _____ |
| <input type="checkbox"/> operative Face-Liftings _____ | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Private Risiken

Mitversicherung oder Angebot Privathaftpflicht wird gewünscht nein ja

Vorversicherung/Vorschäden

Name des Versicherers: _____

Versicherungsnummer: _____

Ablauf des Vorvertrages: _____

Es bestand bisher keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 10 Jahren schadenersatzpflichtig gemacht worden? nein ja

Falls ja, Anzahl der Schäden: Personenschäden _____ Sachschäden _____ Vermögensschäden _____

Zahlungen _____

Reserven zu noch offenen Fällen: _____

Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? nein ja

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? nein ja

Hiermit bestätige ich, zukünftig schriftlich wie auch telefonisch oder per Mail über Neuerungen des BFH e.V. und der VWM GmbH informiert zu werden.
(Dieser Einwilligung kann jederzeit, per Post, Mail oder Fax schriftlich widersprochen werden.)

Hiermit ermächtige ich die VWM GmbH in meinem Auftrag Schadensinformationen von meinem Vorversicherer einzuholen.

Datenschutzhinweis:

Ihre Daten werden für die Bearbeitung und Betreuung des Vertrages gespeichert. Sie haben ein Recht auf Auskunft, Widerspruch, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Die ausführliche Darlegung der Betroffenenrechte nach Artikel 12-23 DSGVO sind auf unserer Homepage (www.vwm-gmbh.de) unter "Datenschutzhinweis für Kunden" nachzulesen.

Ort, Datum

Unterschrift