

**BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG
FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGEN**
Sondereinbarung 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	Mobil	Fax
E-Mail		

Niedergelassene Ärzte

Datum der Erstniederlassung: _____		
Facharztbezeichnung: _____		Zusatzbezeichnung: _____
Firmieren Sie als:	☐ MVZ	☐ Tagesklinik/amb. OP-Zentrum ☐ Privatklinik (§30 GewO)
Besteht eine BAG/ÜBAG?	☐ nein	☐ ja, Name Praxenpartner: _____
Besteht eine Praxisgemeinschaft?	☐ nein	☐ ja, Name Praxenpartner: _____
Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft?	☐ nein	☐ ja, Name Praxenpartner: _____
Angestellte Ärzte/ Zahnärzte?		
Name: _____	Tätigkeit: _____	Stunden/Woche: _____
Name: _____	Tätigkeit: _____	Stunden/Woche: _____
Name: _____	Tätigkeit: _____	Stunden/Woche: _____
Name: _____	Tätigkeit: _____	Stunden/Woche: _____
Name: _____	Tätigkeit: _____	Stunden/Woche: _____
Name: _____	Tätigkeit: _____	Stunden/Woche: _____
Bei weiteren angestellten Ärzten/ Zahnärzten bitte ein Zusatzblatt verwenden.		

Art der Behandlung

☐ ambulante Behandlungen
☐ ambulante und stationäre Behandlungen
☐ Belegbetten, Anzahl: _____
Konsiliarärztliche Tätigkeit mit einem Krankenhaus (bitte Umfang beschreiben, ggf. Kooperationsvertrag einreichen)

Aufklärung

Werden die Patienten bei allen Eingriffen umfassend über Art u. Umfang des Eingriffes aufgeklärt?	☐ nein ☐ ja
Wie werden die Patienten aufgeklärt?	☐ mündlich durch den behandelnden Arzt
	☐ zusätzlich schriftlich mit Hilfe von Aufklärungsbögen/ -programmen
Werden Patientenaufklärungsbögen der Verlage „Pro Compliance“ oder „DIOMed“ verwendet?	☐ nein ☐ ja
Werden Patienten per infoskop von synMedico aufgeklärt?	☐ nein ☐ ja

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:

- | | |
|---|--|
| ☐ Narbenkorrekturen | ☐ Kinn- und Wangenkorrekturen |
| ☐ Entfernung von gut- und bösartigen Hautveränderungen | ☐ Haartransplantationen |
| ☐ Lasertherapie | ☐ Fadenliftings |
| ☐ Faltenunterspritzung mit: | ☐ Tätowierungsentfernungen |
| ☐ Botulinumtoxin | ☐ Gesichtsimplantate |
| ☐ Eigenfett | ☐ Besenreiservarizen |
| ☐ PRP | ☐ Lidplastiken |
| ☐ resorbierbaren Fillern | ☐ Rhinoplastiken |
| ☐ permanenten Fillern | ☐ Otoplastiken |
|
☐ Fruchtsäurepeelings | |
| ☐ Faltenglättung mit dem Laser | |
|
☐ Fettabsaugung | ☐ Mammaplastiken |
| ☐ Bauchdeckenplastik | ☐ Gesäß- und Reithosenplastik |
| ☐ operative Face-Liftings | ☐ 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