



Interessent/in

Name: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Telefax: _____

Email: _____

E. L. Eder

Versicherungsmakler
GmbH & Co. KG

Firmensitz

Vaterstetten
Ortsteil Weißenfeld
Landkreis Ebersberg
Feldkirchener Straße 18 a
85622 Weißenfeld

Telefon 089/90 11 98 -30

Telefax 089/90 11 98 -49

Email info@l-eder.com

Website www.l-eder.com

Ärzte in der Ausbildung

Medizinstudent/in im Praktischen Jahr (MPJ)

Assistenzarzt (in der Weiterbildung zum Facharzt)

Gewünschter Versicherungsumfang:

dienstliche Tätigkeit und gelegentlich außerdienstliche Tätigkeit

zusätzl. Freiberufliche Tätigkeit (siehe Punkt „Sonstige ärztliche Risiken“)

Registergericht

Amtsgericht München
HRA 119734

Angestellter Facharzt

■ Facharztbezeichnung: _____

■ Zusatzbezeichnung: _____

■ Dienststellung: Chefarzt / leitender Arzt Oberarzt Facharzt, Assistenzarzt

■ Dienstherr / Arbeitgeber: Krankenhaus Reha- / Kurklinik Behörde

Niedergelassener Arzt

Gewünschter Versicherungsumfang / auch mehrere gleichzeitig möglich:

dienstliche Tätigkeit

freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit (ohne die Vornahme von operativen/endoskopischen Eingriffen)

freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit

freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit

gelegentliche außerdienstl. ambulante Tätigkeit einschl. Praxisvertretungen (weiter Punkt „Sonstige ärztl. Risiken“)

gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit ohne Praxisvertretungen

Ärztliches Restrisiko (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlung im Freundes- und Bekanntenkreis, Notfallbehandlung)

ausschließlich homöopathisch

überwiegend homöopathisch



LEONHARD EDER
VERSICHERUNGSMAKLER E.K.
VERSICHERUNGSFACHWIRT

FIRMENSITZ
VATERSTETTEN
ORTSTEIL WEIßENFELD
LANDKREIS EBERSBERG
FELDKIRCHENER STR. 18A
85622 WEIßENFELD

TELEFON 089 / 90 11 98 - 30
TELEFAX 089 / 90 11 98 - 49
EMAIL INFO@L-EDER.COM
WEBSITE WWW.L-EDER.COM

REGISTERGERICHT
AMTSGERICHT MÜNCHEN
HRA 90668

STEUERNUMMER
112/213/50059
FINANZAMT EBERSBERG

Niedergelassene Ärzte

in eigener Praxis

nicht in eigener Praxis (Umfang bitte bei Punkt „Sonstige ärztliche Risiken“ angeben)

■ Datum der Erstinbertragung: _____

■ Facharztbezeichnung: _____

■ Zusatzbezeichnung: _____

■ Firmieren Sie als:

Praxisklinik Tagesklinik / ambulantes OP-Zentrum

■ Besteht eine Praxisgemeinschaft?

nein ja / Name Praxispartner _____

■ Besteht eine Gemeinschaftspraxis?

nein ja / Name Praxispartner _____

■ Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft?

nein ja / Name Praxispartner _____

■ Ist der Praxispartner auch mitversichert?

nein ja / Name Praxispartner _____

■ Sind Sie Inhaber / Teilhaber in einem MVZ?

nein ja

(Absicherung des gesamten MVZ erforderlich, siehe eigener Fragebogen.)

Art der Behandlung

■ Ambulante Behandlungen nein ja

■ Ambulante und stationäre Behandlung nein ja

Belegbetten / Anzahl

Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereiches

(bitte Kooperationsvertrag mit Krankenhaus einreichen)

■ Werden ambulante Operationen vorgenommen? nein ja

■ Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen? nein ja

■ Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen? nein ja

■ Werden intraartikuläre Injektionen oder Gelenkpunktionen vorgenommen? nein ja

■ Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen? (siehe Folgeseite) nein ja

■ Besteht ein Konsiliararztvertrag mit einem Krankenhaus nein ja
zur operativen Behandlung?



LEONHARD EDER
VERSICHERUNGSMAKLER E.K.
VERSICHERUNGSFACHWIRT

FIRMENSITZ
VATERSTETTEN
ORTSTEIL WEIßENFELD
LANDKREIS EBERSBERG
FELDKIRCHENER STR. 18A
85622 WEIßENFELD

TELEFON 089 / 90 11 98 - 30
TELEFAX 089 / 90 11 98 - 49
EMAIL INFO@L-EDER.COM
WEBSITE WWW.L-EDER.COM

REGISTERGERICHT
AMTSGERICHT MÜNCHEN
HRA 90668

STEUERNUMMER
112/213/50059
FINANZAMT EBERSBERG

Auslandsschäden

- Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt? nein ja
- Geltungsbereich: _____ weltweit Europa Umfang / Tage p.a.: _____
- Besteht eine Zweitpraxis im Ausland? nein ja, in _____

Gewünschte Deckungssummen je Versicherungsfall

5.000.000,- € pauschal Personen-, Sachschäden / Vermögensschäden

7.500.000,- € pauschal Personen-, Sachschäden / Vermögensschäden

Private Risiken

- Mitversicherung der Privathaftpflicht wird gewünscht nein ja

- Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
Die Mitversicherung von Ansprüchen nach dem
Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird gewünscht nein ja
Wenn ja, Anzahl der im Betrieb beschäftigten Personen: _____

Vorversicherung / Vorschäden

- Name des Vorversicherers und Nr.: _____
Ablauf des Vorvertrags: _____
Es bestand bisher keine Vorversicherung
- Sind Sie in den letzten 5 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

Ort / Datum

Unterschrift

Die Risikoanalyse enthält keine Unterschrift,
da maschinell erstellt.