



## Offertenanfrage für Medic Haftpflichtversicherung

### Humanmedizin, Zahnmedizin, Medizinalpersonen, Veterinärmedizin

Wo im Folgenden – aus Gründen der leichten Lesbarkeit – nur männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, sind darunter stets auch die entsprechenden weiblichen Bezeichnungen zu verstehen.  
Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen. Die Informationen werden zur Risikoeinschätzung und zur Prämienberechnung benötigt. Ihre nachfolgenden Antworten bilden rechtlich die Grundlage dieser Einschätzung.

#### Versicherungsnehmer/Antragsteller

Ihr Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Ihre E-Mail \_\_\_\_\_

Ihr Telefon \_\_\_\_\_

Internet-Seite \_\_\_\_\_

#### Ansprechpartner für Versicherungsfragen:

Name \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Dokumentensprache  D  F  I

#### Allgemeine Fragen

Waren oder sind die zu versichernden Risiken bei einer anderen Gesellschaft schon versichert?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft \_\_\_\_\_

Policen Nr. \_\_\_\_\_

Art der Deckung \_\_\_\_\_

Aufhebungsgrund \_\_\_\_\_

Wurde ein Antrag für die zu versichernden Risiken abgelehnt?  Ja  Nein

oder die Annahme bzw. die Weiterführung einer Police von erschweren Bedingungen abhängig gemacht?  Ja  Nein





Wenn ja, von welcher Gesellschaft \_\_\_\_\_

Zu welchem Zeitpunkt \_\_\_\_\_

Art der erschwerten Bedingungen \_\_\_\_\_

sowie betroffenes Risiko \_\_\_\_\_

Sind an Sie oder Ihre Mitarbeiter aufgrund der beruflichen Tätigkeiten schon Schadenersatzansprüche gestellt worden oder traten in den letzten 5 Jahren Schäden ein, welche unter den gewünschten Versicherungsschutz fallen?  Ja  Nein

Wenn ja, Art der Schäden \_\_\_\_\_

Zu welchem Zeitpunkt \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft \_\_\_\_\_

Höhe der Entschädigung \_\_\_\_\_

Haben Sie Kenntnis von Vorfällen, die zu einem Entschädigungsanspruch führen können?  Ja  Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wann haben sie sich ereignet \_\_\_\_\_

## Zu versicherndes Risiko

Für welche Fachrichtungen/Tätigkeiten wird Versicherungsschutz gewünscht?

### a) Humanmedizin – Fachärzte

	Anzahl Personen	Stellenprozent
Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> _____	_____
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Chirurgie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Dermatologie und Venerologie mit Angiologie und Phlebologie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Dermatologie und Venerologie ohne Angiologie und Phlebologie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Gynäkologie mit Geburtshilfe und Operationen	<input type="checkbox"/> _____	_____
Gynäkologie ohne Geburtshilfe und Operationen Innere	<input type="checkbox"/> _____	_____
Medizin mit Gastroenterologie und Endoskopie Innere	<input type="checkbox"/> _____	_____
Medizin ohne Gastroenterologie und Endoskopie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Medizinische Radiologie	<input type="checkbox"/> _____	_____
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> _____	_____





8 0

†

u

- Neurologie ohne Chirurgie  \_\_\_\_\_
- Ophthalmologie mit Chirurgie  \_\_\_\_\_
- Ophthalmologie ohne Chirurgie  \_\_\_\_\_
- ORL, Oto-Rhino-Laryngologie  \_\_\_\_\_
- Orthopädie mit Chirurgie  \_\_\_\_\_
- Orthopädie ohne Chirurgie  \_\_\_\_\_
- Pädiatrie  \_\_\_\_\_
- Pathologen, Histologen und Ärzte in Labors  \_\_\_\_\_
- Physikalische Medizin und Rehabilitation  \_\_\_\_\_
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie  \_\_\_\_\_
- Prävention und Gesundheitswesen  \_\_\_\_\_
- Psychiatrie  \_\_\_\_\_
- Tropenmedizin  \_\_\_\_\_
- Urologie  \_\_\_\_\_
- Assistenten (Ärzte in Ausbildung)  \_\_\_\_\_
- Fachrichtung: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- Anderes Fachgebiet: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- Welches \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

## b) Zahnmedizin

Anzahl Personen

Stellenprozent

- Zahnarzt, Kieferorthopäde (ohne Kieferchirurgie), Zahntechniker  \_\_\_\_\_
- Dentalhygieniker, Zahnprotetiker  \_\_\_\_\_
- Assistenten (ausgebildete, angestellte Zahnärzte)  \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- Welche \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_





### c) Medizinalpersonen – andere medizinische Tätigkeiten

Anzahl Personen

Stellenprozent

Chiropraktiker	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hebamme	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Krankenpfleger, Pflegefachfrau, Hauspfleger	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Physiotherapeut, Physiotherapeut, Masseur	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Psychologin, Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Andere:			
Welche _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

### d) Medizinalpersonen – Naturheilmedizin

Anzahl Personen

Stellenprozent

Naturarzt, Naturheilpraktiker	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Übrige Therapiearten:			
Welche _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Für die Kategorie **c/d** bitte nachstehendes beantworten:

Benötigen Sie eine behördliche Bewilligung zur Ausübung der zu versichernden Tätigkeiten?  Ja  Nein

Wenn ja: Besitzen Sie diese Bewilligung?  Ja  Nein

Sind die zu versichernden Tätigkeiten von der Krankenkasse/**EMR (Erfahrungs- Medizinisches Register)** anerkannt?  Ja  Nein

Gehören Sie einem Berufsverband an?  Ja  Nein

Wenn ja: Welchem \_\_\_\_\_

### e) Veterinärmedizin

Anzahl Personen

Stellenprozent

Tierarzt	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Assistenten (ausgebildete, angestellte Tierärzte)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Andere:			
Welche _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**Anmerkung:** Bei Teilzeitbeschäftigung wird die Prämie pro rata temporis berechnet, mindestens jedoch 50% der Tarifprämie pro Fachrichtung bzw. Tätigkeit.





## Versicherungssummen/Selbstbehalte

Welche Versicherungssumme wird gewünscht für Personen- und Sachschäden sowie reine Vermögensschäden zusammen?

- CHF 5 Mio.       CHF 10 Mio.       CHF 15 Mio.       CHF \_\_\_\_\_

Welcher Selbstbehalt wird gewünscht für Personen- und Sachschäden sowie reine Vermögensschäden zusammen?

- CHF 500.–       CHF 1000.–       CHF 5000.–       CHF 10 000.–

## Vertragsdaten

Gültig ab-Datum \_\_\_\_\_ Vertragsdauer (1–5 Jahre) \_\_\_\_\_

Prämienfälligkeit \_\_\_\_\_

Zahlungsweise *(Ratenzahlung ab Jahresprämie CHF 2000.–)*

- jährlich       halbjährlich       vierteljährlich

Allgemeine Bemerkungen  
oder spezielle Wünsche  
und Anregungen

\_\_\_\_\_

