

## Fragebogen 2025 zur Berufshaftpflichtversicherung Nr.

per Telefax: 0711 794600 - 53

**assekuranz ag**  
Société Anonyme  
Internationale Versicherungsmakler  
5, rue C. M. Spoo  
L- 2546 Luxembourg

Versicherungsnehmer:

Praxisanschrift (Stempel)     Privatanschrift

E-Mail:

Da die zuständigen Stellen Ihrer **Kassenärztlichen Vereinigung** nun regelmäßig bei zulassungsrelevanten Veränderungen eine Versicherungsbestätigung nach § 95e SGB V anfordern werden, bitten wir Sie um Bekanntgabe Ihres **Zulassungsausschusses/Ihrer KV**:

### **Wir weisen auf die Angaben zur Prämienberechnung im Versicherungsschein und/oder Nachtrag hin.**

Um lückenlosen Versicherungsschutz garantieren zu können, benötigt der Versicherer jährlich gemäß § 8 Ziffer II AHB für die bedarfsgerechte Anpassung Ihres Versicherungsschutzes die Angaben über Ihre aktuelle Berufshaftpflichtsituation. Senden Sie uns den Risikoerfassungsbogen bitte innerhalb von 4 Wochen zurück und legen Sie uns ggf. Ihre noch nicht eingereichten Qualifikationen dazu.

### **Gibt es Veränderungen zu Ihrem Vertragsstand, die uns nicht bekannt sind?**    Ja    Nein

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantworten, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Kästchen an und senden den unterschriebenen Fragebogen an uns zurück. Bitte senden Sie uns den Fragebogen auch dann gegengezeichnet zurück, wenn Sie die Frage mit **Nein** beantworten können und keine Änderungen zu beachten sind.

### **Art des Risikos / Tätigkeitsumfang / Rechtsform / Funktion**

#### **Freiberufliche Tätigkeit**

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Erstniederlassung (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_  
Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ Anzahl der KV-Sitze: \_\_\_\_\_

#### **Niederlassung / freiberufliche Tätigkeit**

ambulant                                     ambulant / stationär                                    Anzahl der Belegbetten: \_\_\_\_\_  
 ambulant / operativ                                     aktive Geburtshilfe                                    Name der Belegklinik: \_\_\_\_\_

#### **Praxisform**

Einzelpraxis                                     Partnerschaftsgesellschaft  
 Berufsausübungsgemeinschaft                                     Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung  
 Praxisgemeinschaft

Praxispartner bitte hier angeben: \_\_\_\_\_

### **Beschäftigen Sie Personal, das ärztlich tätig ist?**    Ja    Nein

Wenn ja: Anzahl \_\_\_\_\_ und bitte nachstehende Ärzte benennen:    Mitglied BVF:

angestellter Facharzt, Name: \_\_\_\_\_     Ja     Nein

Praxisvertreter, Name: \_\_\_\_\_     Ja     Nein

(angestellter) Jobsharing-Partner, Name: \_\_\_\_\_     Ja     Nein

Honorararzt, Name: \_\_\_\_\_     Ja     Nein

## Berufshaftpflichtversicherung Nr.

<b>Sind Assistenzärzte in der Weiterbildung in Ihrer Praxis beschäftigt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Wenn ja, bitte die KV-Genehmigung zur Beschäftigung einreichen (sofern noch nicht erfolgt).</i>		
<b>Üben Sie neben Ihrer freiberuflichen auch eine angestellte Tätigkeit aus?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihre Tätigkeit über Ihren Arbeitgeber abgesichert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Sind Sie als Arbeitnehmer mit Ermächtigung zur erlaubten ambulanten / operativen Nebentätigkeit in einem Krankenhaus beschäftigt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Wenn ja, bitte die leitende Position ankreuzen</i>	<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt
<b>Werden Sie für diese freiberufliche Tätigkeit (Ermächtigung) von angestellten Fachärzten des Krankenhauses vertreten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Betreiben Sie ein zytologisches Einsendelabor?</b>		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, mit mehr als 3 Fremdeinsendern	1. _____
	<input type="checkbox"/> Ja, bis 3 Fremdeinsender	2. _____
	<i>hier ist die namentliche Nennung erforderlich</i>	3. _____
<b>Sind Sie in der Durchführung der assistierten Reproduktion gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss tätig?</b>		
<i>Wenn ja, welche Behandlungen nehmen Sie in diesem Rahmen vor?</i>		
<input type="checkbox"/> Insemination	<input type="checkbox"/> IVF	<input type="checkbox"/> ICSI
<input type="checkbox"/> GIFT	<input type="checkbox"/> Kryokonservierung	
<b>Führen Sie fachgebundene genetische Beratungen im Rahmen von nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) durch?</b>		
<i>Wenn ja, bitte die <u>Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung</u> einreichen (sofern noch nicht erfolgt).</i>		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

<b>Führen Sie Behandlungen durch, die eine operative Einstufung erfordern:</b>		
Amniozentese	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Chorionzottenbiopsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Cordozentese	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Führen Sie Behandlungen durch, die nicht rein medizinisch indiziert sind und zusätzlich abgesichert werden müssen?</b>		
Brustaufbau mit Silikon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fettabsaugung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Injektions-Lipolyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Behandlung / Entfernung von Besenreisern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Faltenunterspritzung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Piercing allgemein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Intimpiercing	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Berufshaftpflichtversicherung Nr.

<b>Sonstige kosmetische Eingriffe:</b> _____

<b>Führen Sie alternative Heilmethoden durch?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</span>
<i>z.B. Komplementärmedizin</i>

<b>Möchten Sie uns noch etwas über den Fragebogen Hinausgehendes zu Ihrer Tätigkeit mitteilen oder haben Sie Fragen, Änderungswünsche / Anregungen?</b>

<b>Angebotsanfrage zu einer Versicherungssummenerhöhung</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte meinen Vertrag auf die empfohlenen Versicherungssummen anpassen und bitte Sie, mir die entsprechenden Informationen zur Umstellung des Vertrages auf <b>7.500.000 Euro</b> Versicherungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden zuzusenden. <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte in meinem Vertrag die Versicherungssummen anpassen und bitte Sie, mir die entsprechenden Informationen zur Umstellung des Vertrages auf <b>10.000.000 Euro</b> Versicherungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden zuzusenden. <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte meinen Vertrag trotz der aktuellen Empfehlung auch weiterhin mit den bisherigen Versicherungssummen weiterlaufen lassen. <input type="checkbox"/> Nein, ich benötige kein Angebot, da der Vertrag bereits angepasst wurde.	
<b>Interesse an unseren Umsatztarifen?</b>	
Wenn Sie an weiteren Informationen zu unseren Umsatztarifen interessiert sind, teilen Sie uns bitte Ihren Bruttojahresumsatz des Vorjahres mit: _____ EUR.	
_____ Datum	_____ Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

<b>Eine Privathaftpflichtversicherung ist nicht in der Berufshaftpflichtversicherung enthalten. Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie eine Privathaftpflichtversicherung benötigen.</b>
--