# Fragebogen 2026
# zur Berufshaftpflichtversicherung Nr.

per Telefax: 0711 794600 - 53

**assekuranz ag**
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 |

Anzahl des nicht-ärztlichen Personals _____ in Vollzeit _____ in Teilzeit


5, rue C. M. Spoo - L-2546 Luxembourg - ✆ 0711 794600 - 52 - 🖷 0711 794600 - 53
aerzteservice@assekuranz-ag.com - www.assekuranz-ag.com

assekuranz ag

# Berufshaftpflichtversicherung Nr.

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

**Betreiben Sie ein zytologisches Einsendelabor?**

☐ Nein ☐ Ja, mit mehr als 3 Fremdeinsendern

☐ Ja, bis 3 Fremdeinsender
hier ist die namentliche Nennung erforderlich

1. _____
2. _____
3. _____

| | | |
|---|---|---|
| **Sind Sie in der Durchführung der assistierten Reproduktion gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss tätig?** | ☐ Ja | ☐ Nein |

*Wenn ja, welche Behandlungen nehmen Sie in diesem Rahmen vor?*

☐ Insemination ☐ IVF ☐ ICSI ☐ GIFT ☐ Kryokonservierung

| | | |
|---|---|---|
| **Führen Sie fachgebundene genetische Beratungen im Rahmen von nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) durch?** | ☐ Ja | ☐ Nein |
| *Wenn ja, bitte die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung einreichen (sofern noch nicht erfolgt).* | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Führen Sie Behandlungen durch, die eine operative Einstufung erfordern:** | | |
| Amniozentese | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Chorionzottenbiopsie | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Cordozentese | ☐ Ja | ☐ Nein |
| **Führen Sie Behandlungen durch, die nicht rein medizinisch indiziert sind und ggfs. zusätzlich abgesichert werden müssen?** | | |
| Brustaufbau mit Silikon | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Fettabsaugung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Injektions-Lipolyse | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Behandlung / Entfernung von Besenreisern | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Faltenunterspritzung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Piercing allgemein | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Intimpiercing | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Laserbehandlungen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Dauerhafte Haarentfernung mittels IPL | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Labienkorrektur | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Fadenlifting mit PDO-Fäden | ☐ Ja | ☐ Nein |


5, rue C. M. Spoo - L-2546 Luxembourg - 0711 794600 - 52 - 0711 794600 - 53
aerzteservice@assekuranz-ag.com - www.assekuranz-ag.com

assekuranz ag

# Berufshaftpflichtversicherung Nr.

**Sonstige kosmetische Eingriffe:** _____

**Führen Sie alternative Heilmethoden durch?** ☐ Ja ☐ Nein

*z.B. Komplementärmedizin*

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

**Angebotsanfrage zu einer Versicherungssummenerhöhung**

☐ Ja, ich möchte meinen Vertrag auf die empfohlenen Versicherungssummen anpassen und bitte Sie, mir die entsprechenden Informationen zur Umstellung des Vertrages auf **7.500.000 EUR** Versicherungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden zuzusenden.

☐ Ja, ich möchte in meinem Vertrag die Versicherungssummen anpassen und bitte Sie, mir die entsprechenden Informationen zur Umstellung des Vertrages auf **10.000.000 EUR** Versicherungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden zuzusenden.

☐ Nein, ich möchte meinen Vertrag trotz der aktuellen Empfehlung auch weiterhin mit den bisherigen Versicherungssummen weiterlaufen lassen.

☐ Nein, ich benötige kein Angebot, da der Vertrag bereits angepasst wurde.

**Interesse an unseren Umsatztarifen?**

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

**Eine Privathaftpflichtversicherung ist nicht in der Berufshaftpflichtversicherung enthalten.**
**Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie eine Privathaftpflichtversicherung benötigen.**


5, rue C. M. Spoo - L-2546 Luxembourg - ✆ 0711 794600 - 52 - 🖷 0711 794600 - 53
aerzteservice@assekuranz-ag.com - www.assekuranz-ag.com