

Vorschlagsanforderung Praxiseinrichtungsversicherung Betriebs- und Geschäfts-Versicherung



Bitte übersenden Sie mir auf der Grundlage der nachfolgenden Risikoinformationen einen Vorschlag für eine Praxiseinrichtungs-/Betriebs- und Geschäfts-Versicherung.

Felder die mit einem Stern * gekennzeichnet sind, sind für die Erstellung eines individuellen Vorschlages erforderlich und müssen ausgefüllt werden.

PERSONENDATEN

Akademischer Titel, Vorname, Nachname *	Geburtsdatum *
Straße, Nr. *	Hochschulabschluss als
PLZ, Ort *	Beruf/aktuelle Tätigkeit *
Telefon (dienstl./tagsüber) *	Approbation: * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Telefon (privat)	BDP-Mitglied: * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Mitglieds-Nr.: _____
Handy	Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Name der Verbände: _____
Fax	Gewünschter Versicherungsbeginn: _____
E-Mail *	
Internetadresse	

Risikoanalyse und Bedarfsermittlung für die Praxisinhalts-/Betriebs- und Geschäfts-Versicherung

ALLGEMEINE RISIKODATEN

Praxis-/Büroanschrift: <input type="checkbox"/> wie oben <input type="checkbox"/> abweichende Praxis-/Büroanschrift: Straße, Nr. PLZ, Ort	Die Räume befinden sich: <input type="checkbox"/> in einem reinen Büro-/Geschäftshaus <input type="checkbox"/> in einem Wohn- und Geschäftshaus <input type="checkbox"/> im eigenen Wohnhaus <input type="checkbox"/> räumliche Trennung von der Wohnung gegeben <input type="checkbox"/> eigener Zugang zu Praxisräumen vorhanden <input type="checkbox"/> im Erdgeschoss <input type="checkbox"/> In der _____ Etage
Zu versicherndes Risiko: <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten-Praxis Einzelpraxis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	Bürofläche: _____ Quadratmeter HINWEIS – SICHERUNGEN: Die Geschäftsräume müssen folgende Sicherungen aufweisen: Zylinderschloss an allen Zugangstüren, bündiger Abschluss mit einem von außen nicht abschraubbarem Beschlag. <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> Einbau erforderlich

VERSICHERUNGSSUMME/SONSTIGE VERTRAGSMERKMALE**1. Praxisinhalts-/Betriebs- und Geschäftsversicherung****Versicherungssummenermittlung**

Es handelt sich hier um eine **Neuwertversicherung**. Bei der Ermittlung der Versicherungssumme sind deshalb stets die Neuwerte zu Grunde zu legen, damit keine Unterversicherung entsteht. Zur Vermeidung einer Unterversicherung empfehlen wir die Versicherungssumme durch eine pauschale Vorsorgeposition zu erhöhen.

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Einrichtungsgegenstände (z.B. Möbel, Bilder, Lampen, lose verlegte Teppiche, Technik etc.) | Neuwert: _____ EUR |
| 2. Vorräte (z.B. Büromaterial, Medikamente, Ersatzteile) | Neuwert: _____ EUR |
| 3. Vorsorge (z.B. 10 % der Summe aus 1. und 2.) | Neuwert: _____ EUR |
| Versicherungssumme (1. – 3.) | Neuwert: _____ EUR |

Zu versichernde Gefahren

Unser Vorschlag sieht stets den Schutz gegen alle 4 Grundgefahren inklusive der Klein-Betriebsunterbrechung (KBU) dafür vor. Die Klein-Betriebsunterbrechung kann abgewählt werden

Grundgefahren:

- Feuer (F)
 Einbruch/Diebstahl (ED)
 Leitungswasser (LW)
 Sturm/Hagel (St/H)

Klein-Betriebsunterbrechung (KBU):

- | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--|
| Feuer – KBU | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |
| Einbruch/Diebstahl – KBU | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |
| Leitungswasser – KBU | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |
| Sturm/Hagel – KBU | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |

Zusätzliche Einschlüsse:

- Elementargefahren (z.B. Überschwemmung, Schneedruck, Lawinen, Erdbeben)

2. Betriebsunterbrechungs-Versicherung

Versichert werden der ausbleibende Gewinn und die fortlaufenden Fixkosten im Rahmen der vereinbarten Haftzeit (i.d.R. 12 Monate)

Anstelle der Klein-Betriebsunterbrechung wünsche ich

- Gewerbe-BU gewünscht – Versicherungssumme _____ EUR
 nicht gewünscht

Haftzeit

- 12 Monate 18 Monate 24 Monate 36 Monate

3. Glas-Versicherung

Versichert wird die Innen- und Außenverglasung (Scheiben über 8 qm je Einzelscheibe müssen in der Regel separat versichert werden)

- gewünscht nicht gewünscht

Scheiben über 8 qm vorhanden nein ja – Anzahl: _____

4. Elektronik-Versicherung

- gewünscht

Neuwert der Büro- und Kommunikationselektronik _____ EUR

Anschaffungsjahr/e _____

- nicht gewünscht



A) Informationsübersicht gemäß § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

Firmierung und Anschrift:

Wirtschaftsdienst GmbH des Berufsverbandes
deutscher Psychologen
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Telefon: 030 / 20 91 66 513
E-Mail: m.marek@bdp-wirtschaftsdienst.de
Internet: www.bdp-wirtschaftsdienst.de

Geschäftsführer:

Dr. Michael Marek

Handelsregister:

Sitz der Gesellschaft: Berlin
Amtsgericht Berlin HRB 121060

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Industrie- und Handelskammer zu Berlin
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
www.berlin.ihk24.de

Vermittlerregister-Nr.:

D-6DDQ-GSGJB-31

Status der Tätigkeit:

Versicherungsmakler mit Erlaubnis gem.
§ 34 d Abs. 1 Gewerbeordnung (GewO)

Auflagen für die Erlaubnis:

Keine

Versicherungsschein-Nr.:

VAS 0700965 Nassau Versicherungen

Schlichtungsstellen (gemäß § 11 Ab. 1 Nr. 7):

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Ombudsfrau der privaten Bausparkassen
Postfach 30 30 79
10730 Berlin

Datum der Erstellung:

31.08.2010

Sollte es jemals zu Unstimmigkeiten kommen, steht Ihnen bei der Wirtschaftsdienst GmbH des BDP Herr Dr. Michael Marek als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Einsicht kann genommen werden unter www.vermittlerregister.info oder DIHK, Breite Straße 29, 10178 Berlin, Tel.: 0 30 / 2 03 08 - 0.

Änderungen, die durch behördliche und/oder gesetzliche Auflagen bzw. durch betriebsinterne Veränderungen verursacht werden, bleiben vorbehalten. Weitere Informationen sowie Kommunikationsdaten entnehmen Sie bitte unserem Geschäftspapier oder besuchen Sie uns unter www.bdp-wirtschaftsdienst.de im Internet.

B) Datenschutzklausel

Der Kunde willigt ein, dass seine Daten zur Erstellung von Vorschlägen, zur Vertragsvermittlung und/oder zur Vertragsdurchführung an

- Versicherer und Assekuradeure,
- Bausparkassen,
- Finanzdienstleistungsinstitute und Wertpapierhandelsgesellschaften,
- Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften,
- Sozialversicherungsträger,
- Untervermittler,
- Kooperations-, Service- und Verbundpartner (z.B. Pools),
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer,
- Versicherungsombudsmänner und
- Rechtsnachfolger

im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer.

Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nur übermittelt werden, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Vertragsvermittlung erforderlich ist.

Der Kunde willigt ebenfalls ein, dass seine Daten zur Vertragsverwaltung beim Vermittler gespeichert werden.

Wir versichern, die uns überlassenen Daten mit der gebotenen Sorgfalt und Verschwiegenheit zu behandeln. Außerdem versichern wir die Daten ausschließlich zur Versicherungsvermittlung und zur Kundenbetreuung zu verwenden und sie in keinem Fall an Adresshändler o. ä. weiter zu geben!