

Berufs- / Privathaftpflichtantrag für Krankengymnasten



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

http:// www.jahndundpartner.com
E-Mail: info@jahndundpartner.com

Versicherer: – **Barmenia** – Agentur-Nr.: 0010/ 2293

Zuname und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Wohnort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Praxisadresse: _____

Versicherungsbeginn: _____

Versicherungsende: **01.07.20** . . (Versicherungsablauf bitte ausfüllen)

Deckungssummen:	Personen- und Sachschäden pauschal	EUR 5.000.000
	Umwelthaftpflichtbasis	EUR 1.000.000
	Vermögensschäden	EUR 100.000

Jahresbruttoprämie

1. Inhaber alleine _____ EUR 163,28
2. Freier Mitarbeiter _____ EUR 163,28
3. 3a) Inhaber und bis zu 5 Beschäftigte _____ EUR 178,12
3. 3b) Inhaber und 6 - 15 Beschäftigte _____ EUR 213,74
3. 3c) Inhaber und mehr als 16 Beschäftigte _____ EUR 232,05
4. Freier Mitarbeiter, wenn Praxisinhaber auch bei Gesellschaft versichert _____ EUR 138,79
5. Rückenschule, die von Krankengymnasten ohne eigene Praxis durchgeführt wird; ohne Privathaftpflicht _____ EUR 77,35

Zu Kombination 4:

Ich bin in der Praxis _____ als _____ tätig.

Versicherungsschein Nr.: _____

Berufs- / Privathaftpflichtantrag für Krankengymnasten



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

http:// www.jahnpundpartner.com
E-Mail: info@jahnpundpartner.com

Hinweise:

Der Vertrag verlängert sich automatisch, wenn keine Kündigung erfolgt.

Eine Rückdatierung ist nicht erlaubt.

Eintretende Änderungen sind uns kurzfristig zu melden.

Sie erhalten eine Kopie des uns eingereichten Antrages für Ihre Unterlagen zurück.

Berufshaftpflichtversicherung

Versicherungsschutz besteht für alle Tätigkeiten, die der Krankengymnast aufgrund seiner Aus-/Fortbildung ausüben darf, auch für Tätigkeiten ohne ärztliche Verordnung, soweit es den physiotherapeutischen Bereich betrifft.

Kein Versicherungsschutz besteht für Tätigkeiten, im Sinne von §1 Heilpraktikergesetz, die über den Bereich der Physiotherapie hinaus gehen.

Sofern keine typischen KG Leistungen erbracht werden, bitte mit uns Kontakt aufnehmen.

Beitragsfrei gilt mitversichert - auszugsweise –

Berufshaftpflicht

- Die gesetzliche Haftpflicht aus Entwendung und Abhandenkommen der von Patienten deren Begleitern und Besuchern eingebrachten Sachen. Nicht jedoch Geld, Wertpapiere, Urkunden, Schmucksachen, Pelze und andere höherwertigen Güter; je Schadenereignis höchstens € 10.000; für alle Fälle im Versicherungsjahr maximal € 20.000.
- Aus Besitz und/oder Verwendung von Apparaten/Geräten, die aufgrund der Aus-/Fortbildung benutzt werden dürfen.
- Hippotherapie unter Benutzung fremder Pferde. - verursachte Schäden durch das Pferd, gelten nicht mitversichert –
- Streu-/Reinigungspflicht
- Feldenkraistherapie
- Nachhaftung für 3 Jahre, wenn wegen der vollständigen oder dauerhaften Berufsaufgabe.
- Mietsachschäden je Schadensfall mit einer SB von 10 %; mindestens € 50; höchstens € 1.000.
- Verkauf von KG Artikeln in Ihrer Praxis.
- Abhandenkommen von fremden Schlüsseln/Codekarten die Ihnen zu Ihrer Berufsausübung ausgehändigt wurden; SB je Schadensfall € 250; höchstens € 20.000; für alle Fälle im Versicherungsjahr höchstens € 40.000.
- Einschluss von Tätigkeitsschäden; SB € 250 je Schadensfall; je Schaden höchstens € 15.000; für alle Fälle im Versicherungsjahr maximal € 30.000.
- Osteopathie
- Umweltschadens-Basisversicherung (USV-Basis)

Privathaftpflicht – Komfort -

- Familienprivathaftpflicht für den Antragsteller
- Bei eheähnlichem Verhältnis ist Name und Geburtsdatum des Partners anzugeben.
- Forderungsausfall SB € 2.500; maximal € 1,5 Mio
- Schäden durch deliktunfähige Kinder bis € 5.000
- Deckungssumme für Personen-/Sachschäden € 5 Mio; Vermögensschäden € 500.000.

Ihre ergänzenden Angaben

Vorversicherung Berufs-/Privathaftpflicht/Gesellschaft: _____

Vertragsnummer: _____

Kündigung durch: _____

Vorschäden innerhalb der letzten 5 Jahre? ___ nein ___ ja

Welcher Art? / Wie hoch? _____

Bestätigung für Kassenzulassung: ___ ja ___ nein

Besondere Vereinbarungen: _____

Berufs- / Privathaftpflichtantrag für Krankengymnasten



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

[http:// www.jahndundpartner.com](http://www.jahndundpartner.com)
E-Mail: info@jahndundpartner.com

Bankverbindung

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragsstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Vertragsinformationen (Produkt-/Vertragsinformationen) zu der von mir beantragten Versicherung übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich für uns entschieden haben.

Vergessen Sie aber auch nicht Ihre wirtschaftliche und soziale Situation. Die gesetzliche Rentenversicherung bietet Ihnen im Falle einer Erwerbsminderung durch Krankheit oder Unfall keine ausreichende Absicherung. Auch die gesetzliche Krankenversicherung weist Lücken auf.

Sofern Sie Interesse an einem persönlichen und unverbindlichem Gespräch haben, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.

Für Ihren neuen Berufsabschnitt wünschen wir Ihnen viel Erfolg.