

Vorschlagsanforderung Berufshaftpflicht-Versicherung

Angestellte Psychologen (m/w)



Bitte übersenden Sie mir auf der Grundlage der nachfolgenden Risikoinformationen einen Vorschlag für eine Berufshaftpflicht-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 *

Straße, Nr. *

PLZ, Ort *

Telefon (dienstl./tagsüber) *

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail *

Internetadresse

Geburtsdatum *

Familienstand: ledig verheiratet
 verwitwet geschieden

Kinder: * unter 18 Jahre – Anzahl: _____
 volljährig, in Schul-, Berufsausbildung,
Studium – Anzahl: _____
 keine Kinder

Hochschulabschluss als _____

Beruf/aktuelle Tätigkeit *

Approbation: * nein ja

Ärztliche Ausbildung:
 nein ja, als: _____

BDP-Mitglied: * nein
 ja – Mitglieds-Nr.: _____

Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden:
 nein
 ja – Name der Verbände: _____

Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer:
 nein
 ja – Bundesland: _____

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSBEDARF

HINWEIS: Falls der Platz nicht ausreicht, schicken Sie uns bitte ergänzende Informationen per E-Mail, Post oder Fax.

A) Berufshaftpflicht-Versicherung

Wie lautet Ihre konkrete Berufs-/Stellenbezeichnung (ggfs. Stellenbeschreibung beifügen)?

Wer ist Ihr Arbeitgeber (bitte genaue Bezeichnung mit Anschrift angeben)?

Welche Funktion üben Sie aus/welche Position haben Sie inne?

Sind Sie außerdienstlich tätig??

nein ja

Wenn ja, welche Tätigkeiten üben Sie außerdienstlich (freiberuflich) aus?

Nutzen Sie für ihre außerdienstliche/nebenberufliche Tätigkeit eigene Praxisräume?

nein ja, bitte Adresse angeben: _____

Welche Methoden/Verfahren wenden Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit an? Bitte geben Sie an, in welchem Bereich Ihrer Tätigkeit die jeweilige Methode/das Verfahren Anwendung findet.

Methode	Tätigkeit als Angestellte/r	Außerdienstliche Tätigkeit	Bemerkungen
Beobachtungsmethoden/ Verhaltensbeobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
explorative Techniken/ Gesprächsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Testmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratungsmethoden (Supervision, Coaching, Entwicklung und Förde- rung von persönlichen Fähigkeiten, Mediation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trainingsmethoden (Führungskräfte-, Stressbewältigungs-, Teamentwick- lungs- und Konflikt-Management- trainings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Therapieverfahren/-methoden			
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B) Private Haftpflichtrisiken – Ergänzungsbausteine

Privathaftpflicht-Versicherung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Partner – Name: _____ Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> Single <u>ohne</u> Kinder <input type="checkbox"/> Single <u>mit</u> Kindern
Tierhalterhaftpflicht-Versicherung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> Hund – Anzahl: _____ Rasse/n: _____ <input type="checkbox"/> Pferd – Anzahl: _____
Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht-Versicherung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht
Gewässerschadenanlagenrisiko (Öltank)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht

HINWEIS: Sofern weitere Angaben erforderlich sind, fordern wir diese bei Ihnen an.

C) Vorhandener bzw. bisheriger Versicherungsschutz

Berufshaftpflicht-Versicherung vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – Versicherer: _____
Wurde die bestehende Versicherung gekündigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – Kündigung durch: <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer

Vorschäden

Gab es Vorschäden bzw. sind solche bekannt? nein ja – Schadendatum, Ursache, Schadenhöhe: _____

D) Sonstige Wünsche zum Versicherungsschutz oder Anmerkungen:

Weitere ergänzende Informationen folgen

per E-Mail an mail@bdp-wirtschaftsdienst.de per Fax an 030-20 91 66 555 per Post an unten stehende Adresse

- Die Information über die Wirtschaftsdienst GmbH nach §11 VersVermV und zum Datenschutz (Anlage zur Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- Ich bestätige mit der Absendung der Anforderung bzw. durch Unterschrift, daß alle Angaben von mir nach besten Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich bin mir bewußt, daß falsche oder unzureichende Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zu nicht ausreichendem Versicherungsschutz führen können. *

Datum _____

X

Unterschrift (sofern Zusendung per Fax/Post erfolgt) _____

Formular drucken

Bitte senden Sie den Fragebogen einfach per Fax an
030 - 20 91 66 555 oder per Post an unten stehende Adresse.

Formular senden

Das PDF wird an folgende E-Mail-Adresse übermittelt:
mail@bdp-wirtschaftsdienst.de



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!