

# Vorschlagsanforderung Betriebskosten- und Ertragsausfall-Versicherung



Bitte übersenden Sie mir auf der Grundlage der nachfolgenden Risikoinformationen einen Vorschlag für eine Betriebskosten- und Ertragsausfall-Versicherung.

**HINWEISE ZUM FORMULAR:** Das Formular wird Bestandteil der Beratungsdokumentation für die gewünschte Versicherung.

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

## PERSONENDATEN (INTERESSENT/-IN)

\_\_\_\_\_  
Akademischer Titel, Vorname, Nachname \*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \*

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \*

\_\_\_\_\_  
Hochschulabschluss als

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \*

\_\_\_\_\_  
Beruf/aktuelle Tätigkeit \*

\_\_\_\_\_  
Telefon (dienstl./tagsüber) \*

Approbation: \*  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

BDP-Mitglied: \*  nein  
 ja – Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Handy

Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden:

\_\_\_\_\_  
Fax

nein  
 ja – Name der Verbände: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
E-Mail \*

\_\_\_\_\_  
Internetadresse

Gewünschter Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

## Risikoanalyse und Bedarfsermittlung für die Betriebskosten- und Ertragsausfall-Versicherung

### ALLGEMEINE RISIKODATEN

Praxis-/Firmen-/Büroanschrift:

wie oben

abweichende Praxis-/Büroanschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Firmenname:

Zu versicherndes Risiko / Berufsgruppe:

Psychotherapeuten-Praxis

Einzelpraxis

ja

nein

Gemeinschaftspraxis

ja

nein

Praxisgemeinschaft

ja

nein

Psychologe mit Tätigkeitsschwerpunkt

Personalentwicklung/-auswahl

Organisationsentwicklung, Prozessgestaltung

Training, Coaching

Psychologischer Gutachter

Verkehrspsychologe

Andere berufliche Tätigkeit, und zwar: \_\_\_\_\_

Rechtsform:

Einzelfirma

GbR

GmbH

Unternehmergesellschaft (UG) haftungsbeschränkt

Partnerschaftsgesellschaft – Anzahl der Partner: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person/en

Interessent

Weitere Personen – Anzahl: \_\_\_\_ (Vorschlagsanforderung folgt)

### HINWEISE:

- Versichert werden können Personen, von deren Tätigkeit der geschäftliche Erfolg des Unternehmens bzw. der Praxis wesentlich abhängt und die gleichzeitig Inhaber sind.
- Gibt es in einem Unternehmen oder einer Praxis mehrere solcher Personen, bitten wir um Übersendung einer separaten Vorschlagsanforderung für jeden einzelnen Inhaber.

**VERTRAGSMERKMALE/VERSICHERUNGSSUMME****Art der Versicherung**

(I)

**Betriebsunterbrechung/Praxisausfall infolge von Krankheit, Unfall, behördlich angeordneter Quarantäne des Firmen-/Praxisinhabers**

**Variante 1**

Versicherung aller fortlaufenden Kosten (VOLLKOSTEN-VERSICHERUNG)

**Variante 2**

Versicherung genau definierter fortlaufenden Kosten (TEILKOSTEN-VERSICHERUNG)

**HINWEIS:** Im Abschnitt Ermittlung der Versicherungssumme sind die zu versichernden Kosten detailliert anzugeben.

**Variante 3**

Versicherung (ausschließlich) der Aufwendungen für die Beschäftigung einer qualifizierten Ersatzkraft (VERTRETERKOSTEN-VERSICHERUNG)

**Variante 4**

Versicherung des entgehenden Betriebsgewinns und aller fortlaufenden Kosten

**Vertragsmerkmale**

**Karenzzeit** (Zeitspanne, die zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten und dem Leistungsbeginn der Versicherung liegt)

21 Tage       28 Tage       42 Tage  
 56 Tage       90 Tage       andere, und zwar \_\_\_\_\_ Tage (sofern vom empfohlenen Versicherer angeboten)

**Haftzeit** (Zeitraum, für den der Versicherer nach Ablauf der Karenzzeit Leistungen erbringt)

12 Monate       18 Monate       24 Monate  
 andere, und zwar \_\_\_\_\_ Monate (sofern vom empfohlenen Versicherer angeboten)

**Endalter** (Alter der versicherten Person, bei dem die Zahlung von Leistungen und/oder der Vertrag endet)

60 Jahre       63 Jahre       65 Jahre       68 Jahre

**HINWEIS:** Nicht alle Versicherer bieten die angegebenen Endalter an.

**Zahlweise – Beitrag**

monatlich       vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

**HINWEIS:** In der Regel werden bei unterjähriger Zahlweise Zuschläge fällig. Ggfs. ist auch die Erteilung einer Lastschrift-Einzugsermächtigung erforderlich.

**Weitere Kundenwünsche hinsichtlich des Versicherungsschutzes**

- Verzicht auf die Karenzzeit bei einem Unfallbedingten Krankenhausaufenthalt       wichtig       unwichtig
- Verzicht des Versicherers auf das Kündigungsrecht des Versicherers nach Eintritt eines Leistungsfalles       wichtig       unwichtig
- Nachhaftung bei Betriebsaufgabe infolge Krankheit/Unfall oder Berufsunfähigkeit       wichtig       unwichtig

## Versicherungssummen-Ermittlung

### Variante 1/Variante 2 (Vollkosten-/Teilkosten-Versicherung)

#### HINWEISE:

- Berücksichtigt werden können nur die bei einem Ausfall der versicherten Person weiterhin anfallenden Kosten (so genannte fixe Betriebskosten)
- Grundlage für die Ermittlung der Versicherungssumme bilden die Kosten des Vorjahres. Eine Anpassung an Veränderungen während der Vertragslaufzeit kann/sollte jährlich erfolgen.

#### a) Summenermittlungshilfe – Kostenversicherung

##### Fortlaufende Personalkosten – z.B.

Löhne und Gehälter	_____	EUR
Gesetzliche soziale Aufwendungen	_____	EUR
Beiträge zur Berufsgenossenschaft	_____	EUR
Freiwillige soziale Aufwendungen	_____	EUR
Aufwendungen Altersvorsorge/Unterstützung	_____	EUR
Vermögenswirksame Leistungen	_____	EUR
Fahrtkostenerstattung	_____	EUR
Aushilfslöhne	_____	EUR
Lohnsteuer für Aushilfen	_____	EUR
<b>Zwischensumme</b>	_____	EUR

##### Fortlaufende Praxiskosten – z.B.

Miete/Pacht oder ortsüblicher Wert	_____	EUR
Medienkosten (Gas, Wasser, Strom – Grundgebühren, fixe Wartungskosten u.ä.)	_____	EUR
Reinigung und Instandhaltung der Praxisräume	_____	EUR
Porto, Telefon, Fax (z.B. Grundgebühren)	_____	EUR
Zeitschriften, Bücher	_____	EUR
Buchführungskosten	_____	EUR
Versicherungsbeiträge	_____	EUR
Werbe- und Reisekosten	_____	EUR
Reparaturen/Instandhaltung techn. Anlagen	_____	EUR
<b>Zwischensumme</b>	_____	EUR

##### Fortlaufende Steuern – z.B.

Kfz-Steuer Betriebsfahrzeuge	_____	EUR
Nicht anrechenbare Vorsteuer	_____	EUR
<b>Zwischensumme</b>	_____	EUR

##### Abschreibungen auf Sachanlagen – z.B.

Praxiseinrichtung	_____	EUR
Technische Geräte	_____	EUR
Betriebsfahrzeuge	_____	EUR
<b>Zwischensumme</b>	_____	EUR

##### Fortlaufende Finanzierungskosten – z.B.

Praxiseinrichtung	_____	EUR
Technische Geräte	_____	EUR

Betriebsfahrzeuge \_\_\_\_\_ EUR  
 Fremdkapital-/Bankkreditzinsen, Leasingraten \_\_\_\_\_ EUR  
**Zwischensumme** \_\_\_\_\_ EUR

**Sonstige fortlaufende Kosten**

Sonstige nicht aufgeführte Kosten:

Beiträge zu Verbänden, KV \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ EUR  
**Zwischensumme** \_\_\_\_\_ EUR

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ EUR  
**Zwischensumme** \_\_\_\_\_ EUR

**Versicherungssumme für Vorschlagsstellung:** \_\_\_\_\_ EUR  
 Bitte auf volle 10.000 EUR aufrunden.

**Variante 3 (Vertreterkosten-Versicherung)**

Der Aufwand für die Beschäftigung einer Ersatzkraft pro Jahr beträgt \_\_\_\_\_ EUR (= Versicherungssumme)

**Variante 4 (Ertragsausfall-Versicherung)**

Summe aller Betriebseinnahmen  
 (Umsatz) inkl. Eigenverbrauch p.a. \_\_\_\_\_ EUR  
 abzüglich umsatzabhängige (variable) Kosten p.a.\* \_\_\_\_\_ EUR

\* Vielfach liegen diese Kosten bei Therapiepraxen bei ca. 20 % vom Umsatz. Sofern ein höherer Wareneinsatz oder hohe andere variable Kosten anfallen, müssen diese genau ermittelt werden.

**Versicherungssumme für Vorschlagsstellung:** \_\_\_\_\_ EUR  
 Bitte auf volle 10.000 EUR aufrunden.

**HINWEIS:** In der Ertragsausfall-Versicherung kann die ermittelte Versicherungssumme bei Bestehen einer Krankentagegeld-Versicherung um das jährlich versicherte Krankentagegeld gekürzt werden.

- Ja, ich habe eine Krankentagegeld-Versicherung.**  
**Die angegebene/ermittelte Versicherungssumme soll entsprechend gekürzt werden.**  
 nein       ja, um \_\_\_\_\_ EUR (versicherter Tagessatz x 365)

**(II)**

- Betriebsunterbrechung/Praxisausfall infolge von Sachgefahren**
- Feuer, Einbruchdiebstahl, Raub, Vandalismus, Sturm/Hagel
  - Elementargefahren (z.B. Überschwemmung, Lawinen, Erdbeben)
  - Unbenannte sonstige Gefahren

**Versicherungssummen-Ermittlung**

Summe aller Betriebseinnahmen  
(Umsatz) inkl. Eigenverbrauch p.a. \_\_\_\_\_ EUR

abzüglich umsatzabhängige (variable) Kosten p.a.\* \_\_\_\_\_ EUR

\* Vielfach liegen diese Kosten bei Therapiepraxen bei ca. 20 % vom Umsatz. Sofern ein höherer Wareneinsatz oder hohe andere variable Kosten anfallen, müssen diese genau ermittelt werden.

**Versicherungssumme für Vorschlagsstellung:** \_\_\_\_\_ EUR

Bitte auf volle 10.000 EUR aufrunden.

**ANGABEN ÜBER VORVERSICHERUNGEN, BESTEHENDE BZW. BEANTRAGTE VERSICHERUNGEN**

Besteht, ist beantragt oder bestand bereits eine Versicherung für

Betriebskosten-/Ertragsausfall  
des Praxis-/Unternehmensinhabers  nein  ja – Versicherer: \_\_\_\_\_

Betriebsunterbrechung infolge Sachgefahren  nein  ja – Versicherer: \_\_\_\_\_

Krankentagegeld  nein  ja – Versicherer: \_\_\_\_\_

**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

**Für die Ermittlung der richtigen Versicherungssumme ist der Versicherungsnehmer verantwortlich. Alle Angaben wurden nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Falsche oder unzureichende Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zu nicht ausreichendem Versicherungsschutz führen. \***

**Die Information über die Wirtschaftsdienst GmbH nach §11 VersVermV und zum Datenschutz (Anlage zur Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. \***

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](http://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](http://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!**