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 *

Straße, Nr. *

PLZ, Ort *

Telefon (dienstl./tagsüber) *

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail *

Internetadresse

Geburtsdatum *

Hochschulabschluss als

Beruf/aktuelle Tätigkeit *

Approbation: * ☐ nein ☐ ja

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

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

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.

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
ServiceLine 0 30-20 91 66 513 · Fax 030-20 91 66 555 · mail@bdp-wirtschaftsdienst.de · www.bdp-wirtschaftsdienst.de

wd101001

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 erbingt)

☐ 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

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
ServiceLine 0 30-20 91 66 513 · Fax 030-20 91 66 555 · mail@bdp-wirtschaftsdienst.de · www.bdp-wirtschaftsdienst.de

Versicherungssummen-Ermittlung

Variante1/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
Zwischensumme	0	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
Zwischensumme	0	EUR

Fortlaufende Steuern – z.B.

Kfz-Steuern Betriebsfahrzeuge	_____	EUR
Nicht anrechenbare Vorsteuer	_____	EUR
Zwischensumme	0	EUR

Abschreibungen auf Sachanlagen – z.B.

Praxiseinrichtung	_____	EUR
Technische Geräte	_____	EUR
Betriebsfahrzeuge	_____	EUR
Zwischensumme	0	EUR

Fortlaufende Finanzierungskosten – z.B.

Praxiseinrichtung	_____	EUR
Technische Geräte	_____	EUR

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
ServiceLine 0 30-20 91 66 513 · Fax 030-20 91 66 555 · mail@bdp-wirtschaftsdienst.de · www.bdp-wirtschaftsdienst.de

Betriebsfahrzeuge _____ EUR

Fremdkapital-/Bankkreditzinsen, Leasingraten _____ EUR

Zwischensumme 0 EUR

Sonstige fortlaufende Kosten

Sonstige nicht aufgeführte Kosten:

Beiträge zu Verbänden, KV _____ EUR

_____ _____ EUR

_____ _____ EUR

_____ _____ EUR

Zwischensumme 0 EUR

Sonstiges

_____ _____ EUR

_____ _____ EUR

_____ _____ EUR

Zwischensumme 0 EUR

Versicherungssumme für Vorschlagserstellung: 0 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 Vorschlagserstellung: _____ 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, Erdrutsch, Erdbeben)

☐ Unbenannte sonstige Gefahren

wd101001

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 Vorschlagserstellung: _____ 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**

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
ServiceLine 0 30-20 91 66 513 · Fax 030-20 91 66 555 · mail@bdp-wirtschaftsdienst.de · www.bdp-wirtschaftsdienst.de

Information des Versicherungsvermittlers
Datenschutzklausel

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!

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
ServiceLine 0 30-20 91 66 513 · Fax 030-20 91 66 555 · mail@bdp-wirtschaftsdienst.de · www.bdp-wirtschaftsdienst.de