

Berufshaftpflicht-Versicherung

Psychotherapeuten (m/w) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung (m/w)

- Anforderung eines Versicherungsvorschlages
- Bedarfsermittlung und Risikoanalyse



Bitte erstellen Sie für mich auf Basis der nachfolgenden Angaben

- einen Vorschlag für eine Berufshaftpflicht-Versicherung
 einen Neuordnungsvorschlag für meine bestehende Berufshaftpflicht-Versicherung

Um einen individuellen, Ihren Bedürfnissen entsprechenden Vorschlag erstellen zu können, bitten wir Sie, möglichst alle Fragen umfassend zu beantworten.

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 *

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, übermitteln Sie uns bitte ergänzende Informationen per E-Mail, Post oder Fax.

A) Berufshaftpflicht-Versicherung

Angaben zur Ausbildung zum Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Mit der Ausbildung wird folgender Abschluss angestrebt:

- Psychologischer Psychotherapeut
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Schwerpunktverfahren

- Verhaltenstherapie (VT)
 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Analytische Psychotherapie
 Weitere/Andere Verfahren: _____

Name und Anschrift der Ausbildungseinrichtung:

Beginn der Ausbildung: _____ Voraussichtliches Ende der Ausbildung: _____

Wo erfolgt die praktische Ausbildung?

Institutsambulanz

kooperierende Einrichtung (Name, Anschrift): _____

eigene Praxisräume (Anschrift): _____

Angaben zu beruflichen Tätigkeiten neben der Ausbildung

Sind Sie neben der Ausbildung anderweitig beruflich tätig?

ja, als Angestellter Selbstständiger/Freiberufler

nein

Folgende Tätigkeiten werden ausgeübt (bitte detaillierte Beschreibung):

Name und Anschrift des Arbeitgebers (bei Angestelltentätigkeit):

Name und Anschrift der/des Auftraggeber/s (bei selbständiger Tätigkeit):

Nutzen Sie eigene Praxis-/Büroräume?

nein ja – Anschrift: _____

Sollen die neben der Ausbildung ausgeübten beruflichen Tätigkeiten mitversichert werden?

ja – **grundsätzlich von uns empfohlen** (sofern möglich)

nein – **HINWEIS:** Es bestehen Haftungsrisiken für Sie.

Versicherungsschutz kann geboten werden für therapeutisch ausgerichtete Tätigkeiten. Für andere Tätigkeiten (z. B. wissenschaftliche Tätigkeiten an einer Universität) ist eine individuelle Prüfung und Abstimmung mit geeigneten Versicherern erforderlich. Sofern eine Mitversicherung möglich ist, empfehlen wir die Mitversicherung grundsätzlich, um Haftungsrisiken zu vermeiden oder zu begrenzen.



Gewünschte Deckungssummen:

Personen- und Sachschäden

3.000.000 EUR pauschal für Personen- und Sachschäden (empfohlene Mindest-Deckungssumme)

5.000.000 EUR pauschal für Personen- und Sachschäden

andere Deckungssumme, und zwar: _____ EUR

Vermögensschäden

300.000 EUR 1.000.000 EUR (empfohlene Mindest-Deckungssumme) andere Summe: _____ EUR

Sind folgende Einschlüsse/Ergänzungen gewünscht bzw. erforderlich?

- Verlust fremder beruflicher Schlüssel
- Mietsachschäden (gemietete Praxisräume)

nein ja
 nein ja

B) Private Haftpflichtrisiken – Wichtige Ergänzungsbausteine

Privathaftpflicht-Versicherung

HINWEIS: Spätestens mit dem Ende des Erststudiums endet in der Regel die Mitversicherung über die Privathaftpflicht-Versicherung der Eltern. Auf Grund der gemäß § 823 BGB unbegrenzten Haftung bestehen bei schuldhaft verursachten Schäden existenzielle Risiken. Wir empfehlen deshalb den Abschluss einer eigenen Privathaftpflicht-Versicherung, sofern anderweitig kein Versicherungsschutz hierfür besteht.



- nicht gewünscht, weil diese
- bei einem anderen Anbieter besteht – Versicherer: _____
 - als nicht notwendig angesehen wird (Verzicht auf Absicherung)
- gewünscht
- Familie
 - Partner – Name: _____ Geburtsdatum: _____
 - Single ohne Kinder
 - Single mit Kindern

Tierhalterhaftpflicht-Versicherung

HINWEIS: Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen (§ 833 BGB) haftet der Tierhalter grundsätzlich für Schäden, die das Tier anrichtet. Die Haftung greift dabei ausdrücklich auch ohne Verschulden des Halters ein. Diese ist ebenfalls nicht begrenzt. Die Haltereigenschaft definiert sich – unabhängig vom Eigentum – nach der Sachherrschaft über das Tier und einem eigenen Interesse an der Verwendung oder der Gesellschaft des Tieres. Insofern ist der Abschluss einer Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung dringend geboten. In einigen Bundesländern ist diese inzwischen sogar verpflichtend.



- nicht gewünscht, weil diese
- nicht benötigt wird (kein Hund/Pferd vorhanden)
 - bei einem anderen Anbieter besteht – Versicherer: _____
 - als nicht notwendig angesehen wird (Verzicht auf Absicherung)
- gewünscht
- Hund – Anzahl der Tiere: _____
Rasse/n (Bitte unbedingt angeben, da nicht alle Versicherer alle Hunderassen – v.a. sogenannte Kampfhunde – versichern.): _____
 - Pferd – Anzahl der Tiere: _____
- Werden die Tiere im Rahmen der Therapie eingesetzt? nein ja

Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht-Versicherung nicht gewünscht gewünscht

Gewässerschadenanlagenrisiko (Öltank) nicht gewünscht gewünscht

Vorhandene Versicherungen bei anderen Anbietern wurden vielfach seit ihrem Abschluss vor mehreren Jahren nicht mehr überprüft. Da die Produkte weiter entwickelt wurden, ist der Stand der Versicherung oft veraltet und weist Deckungslücken auf.

Wir empfehlen deshalb eine Überprüfung der bestehenden Verträge. Nutzen Sie unseren Service in diesem Bereich und lassen Sie Ihren Vertrag von uns überprüfen.

- nein, ich wünsche explizit keine Überprüfung
 ja, ich möchte Ihren Service nutzen. Kontaktieren Sie mich hierzu.



C) Vorhandener bzw. bisheriger Versicherungsschutz

Berufshaftpflicht-Versicherung vorhanden? nein ja – Versicherer: _____
 Versicherungsscheinnummer: _____

Wurde die bestehende Versicherung gekündigt? nein ja – Kündigung durch: Versicherungsnehmer 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 ausreichenden Versicherungsschutz führen können. *

Ja, ich möchte ab sofort über aktuelle Vorteilsangebote, Produktneuerungen, Dienstleistungen und Neuigkeiten der Wirtschaftsdienst GmbH schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (Newsletter) informiert werden. Dieser Service ist kostenlos. Er kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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: mail@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.:

HxF70-003878677/1279 HDI Versicherung AG

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

Stand:

24.03.2014

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) Datenschutzeinwilligung

Unter Berücksichtigung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vereinbaren die Parteien die nachstehende Einwilligungsklausel.

Der/die Mandant/in willigt ein, dass die von dem Makler (Wirtschaftsdienst GmbH des BDP) im Rahmen des Maklerauftrags befassten Versicherungsunternehmen diejenigen Daten, welche sich aus den Antragsunterlagen oder im Rahmen der Durchführung des Versicherungsvertrages ergeben, etwa durch Beitragsleistungen, Schadensmeldungen, den Eintritt oder die Abwicklung eines Versicherungsvertrages oder durch Vertragsänderungen, in erforderlichem Umfang an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Durchführung und Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und von Ansprüchen an andere Versicherungsunternehmen und an ihre Versicherungsverbände übermitteln dürfen.

Diese Einwilligung gilt ausdrücklich unabhängig von dem Zustandekommen des jeweiligen Versicherungsvertrages auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen, bei künftigen Anträgen sowie im Rahmen von Schadensbearbeitungen.

Hierneben willigt der/die Mandant/in ein, dass diese Versicherungsunternehmen allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und

an den Makler weitergeben, wenn und soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung ihrer/seiner Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist.

Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich an Personen- und Rückversicherer sowie an Makler übermittelt werden, an Letztere aber nur dann, wenn es zur Angebotsabgabe oder zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Die Einwilligung gilt im Rahmen der Gesetze auch für die Speicherung und Weiterverarbeitung von Daten beim Versicherungsmakler selbst. Gleiches gilt sinngemäß dann, wenn der Versicherungsmakler Versicherungsdeckung über Dritte, insbesondere einen Maklerpool oder einen Sparten-, Spezial- oder sonstigen Makler* einholt.

* Die Wirtschaftsdienst GmbH arbeitet aktuell mit folgenden Maklerpools bzw. Maklern zusammen: Netfonds AG (Hamburg), ARUNA (Berlin), ASC (Bayreuth), inoBroker 24 GmbH (Pleidelsheim), VERSFINANZ (München) und Kooperationspartner der Wirtschaftsdienst GmbH des BDP. (Stand 24.03.2014)

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