



## Krankheit – Unfall – Sachschaden: Damit aus einem Ausfall kein Notfall für Sie wird

Es geschieht oft aus heiterem Himmel: Eine Krankheit oder ein Unfall. Und schon können Sie Ihre berufliche Tätigkeit als Psychologe oder Psychotherapeut nicht mehr nachgehen.

Doch sind alle Kosten durch das Krankentagegeld abgedeckt? Denken Sie an die Miete, Finanzierungskosten, Versicherungen, Beiträge zu Verbänden, den Steuerberater, Löhne und Gehälter für Mitarbeiter, die Altersvorsorge und den Lebensunterhalt der Familie.

Die Praxis zeigt: **Oft ist eine finanzielle Lücke vorhanden.**

Sorgen Sie deshalb mit einer **P.U.V. (Praxis.Unterbrechungs.Versicherung)** oder **G.A.V. (Geschäfts.Ausfall.Versicherung)** vor. Diese deckt die fortlaufenden Kosten zu einem attraktiven Preis.

### Die P.U.V./-G.A.V.-Vorteile:

- Versicherung aller Kosten und des entfallenden Gewinns
- Verzicht auf Einkommensprüfung im Leistungsfall
- Abschluss bis zum 62. Lebensjahr möglich
- Versicherungsschutz bis zum 72. Lebensjahr
- Kündigungsverzicht bei schweren Erkrankungen und bei Unfall
- Mitversicherung psychischer Erkrankungen
- keine Wartezeit bei einem Krankenhausaufenthalt
- kalkulierbare Beitragsentwicklung über 10 Jahre

Sonderkonditionen  
für BDP-Mitglieder



### Beispielberechnung

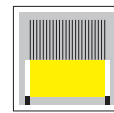
Versicherter Tagessatz 100 EUR, Karenzzeit 21 Tage, Eintrittsalter 40 Jahre

Beruf	Monatsbeitrag
Selbstständiger Psychologe/Psychotherapeut	36,72 EUR

### Lassen Sie sich von unseren Experten individuell beraten!

Senden Sie am besten noch heute Ihre Vorschlagsanforderung an die Wirtschaftsdienst GmbH des BDP.

Damit auch Sie beruhigt in die Zukunft blicken können.



## Bitte übersenden Sie mir auf der Grundlage der nachfolgenden Risikoinformationen einen Vorschlag für eine Praxis.Unterbrechungs.Versicherung oder Geschäfts.Ausfall.Versicherung.

Felder, die mit einem Stern \* gekennzeichnet sind, sind für die Erstellung eines Vorschlages bzw. eine unkomplizierte Kontaktaufnahme erforderlich.

### PERSONENDATEN (INTERESSENT/-IN)

Akademischer Titel, Vorname, Nachname *		E-Mail *		Beruf/aktuelle Tätigkeit *	
Straße, Nr. *		Internetadresse		<b>Approbation: *</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
PLZ, Ort *		Geburtsdatum *		<b>BDP-Mitglied: *</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Mitglieds-Nr.: _____	
Telefon (dienstl./tagsüber) *		Hochschulabschluss als		<b>Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden – Name der Verbände:</b> _____	
				<b>Raucher: *</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

### RISIKODATEN

Firmenname: _____		Jahresumsatz/erwarteter Jahresumsatz: _____ EUR		<b>Zu versichernde Person/en:</b> <input type="checkbox"/> Interessent <input type="checkbox"/> Weitere Personen – Anzahl: _____ (Separate Vorschlagsanforderung folgt)	
<b>Zu versicherndes Risiko / Berufsgruppe:</b> <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten-Praxis als <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Wirtschaftspsychologe <input type="checkbox"/> Psychologischer Gutachter <input type="checkbox"/> Verkehrspsychologe <input type="checkbox"/> Andere berufliche Tätigkeit, und zwar: _____		<b>Rechtsform:</b> <input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Unternehmersgesellschaft (UG) haftungsbeschränkt <input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft Anzahl der Partner: _____		<b>HINWEIS:</b> 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

<b>Art der Versicherung:</b> <input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung/Praxisausfall infolge von Krankheit, Unfall, Sachgefahren inkl. Quarantäne <input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung/Praxisausfall infolge von Krankheit, Unfall, ohne Sachgefahren* inkl. Quarantäne		<b>Gewünschter Versicherungsbeginn:</b> _____		<b>Haftzeit</b> (Zeitraum, für den der Versicherer nach Ablauf der Karenzzeit Leistungen erbringt): <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> andere, und zwar _____ Monate **		<b>Zahlweise – Beitrag:</b> <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	
<b>Gewünschter Tagessatz:</b> _____ EUR		<b>Karenzzeit</b> (Zeitspanne, die zwischen Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem Leistungsbeginn liegt): <input type="checkbox"/> 7 Tage <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> 21 Tage <input type="checkbox"/> 28 Tage <input type="checkbox"/> 42 Tage <input type="checkbox"/> 56 Tage <input type="checkbox"/> andere, und zwar _____ Tage **		<b>Endalter</b> (Alter der versicherten Person, bei dem die Zahlung von Leistungen und/oder der Vertrag endet): <input type="checkbox"/> 60 Jahre <input type="checkbox"/> 63 Jahre <input type="checkbox"/> 65 Jahre <input type="checkbox"/> 68 Jahre <input type="checkbox"/> 72 Jahre <input type="checkbox"/> anderes, und zwar _____ Jahre **		<b>HINWEIS:</b> In der Regel werden bei unterjähriger Zahlweise Zuschläge fällig. Ggfs. ist die Erteilung einer Einzugsermächtigung notwendig.	

**HINWEIS:** Sollten Sie zu einzelnen Fragen keine Angaben machen können, lassen Sie den entsprechenden Punkt einfach offen. Wir kontaktieren Sie dann.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Faxantwort**  
Am schnellsten geht's per Fax  
**030 - 20 91 66 555**