

Selbständig/freiberuflich tätige Psycholog_innen/Psychotherapeut_innen

- ▶ 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.

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

Sofern Sie teilweise oder ausschließlich in einem **Anstellungsverhältnis** tätig sind, verwenden Sie bitte das Formular für angestellte Psycholog_innen.
Psychotherapeut_innen in Ausbildung nutzen bitte das dafür existierende Formular



PERSONENDATEN

Geschlecht: weiblich männlich divers

Akademischer Titel, Vorname, Nachname *

Straße, Nr. *

PLZ, Ort *

Telefon (dienstl./tagsüber) *

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail (für eine schnelle und umweltfreundliche Kommunikation bitte angeben)

Internetadresse

Geburtsdatum *

- Familienstand: ledig
 verheiratet
 Lebenspartnerschaft
 eheähnliche Gemeinschaft
 geschieden
 verwitwet

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

BERUFLICHE ANGABEN

Hochschulabschluss als _____

Beruf/aktuelle Tätigkeit *

- Beruflicher Status: *
- freiberuflich/selbstständig tätig
 - angestellt tätig
 - verbeamtet/im Öffentlichen Dienst tätig
 - in Ausbildung (PiA)

Approbation: * nein ja

Tätigkeit auf Basis HPG: nein ja

Ärztliche Ausbildung:
 nein ja, als: _____

VERBANDSMITGLIEDSCHAFT

Mitgliedschaft in folgendem/n Berufs- oder Fachverband/-verbänden
(bitte unbedingt angeben, damit Verbands-Sonderkonzepte berücksichtigt werden können):

Name des Berufs-/Fachverbandes _____ Mitglieds-Nr. _____

Name des Berufs-/Fachverbandes _____ Mitglieds-Nr. _____

Name des Berufs-/Fachverbandes _____ Mitglieds-Nr. _____

Ich bin in keinem Berufs- oder Fachverband

Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer:
 nein
 ja – Bundesland: _____

weiter auf nächster Seite

Risikoanalyse und Bedarfsermittlung für die Berufshaftpflicht-Versicherung/die Neuordnung

ALLGEMEINE RISIKODATEN

Praxis-/Büroanschrift: *

- wie oben
- abweichende Praxis-/Büroanschrift:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Jährlicher Umsatz der Praxis: * _____ EUR

Die Prämienermittlung erfolgt bei den verschiedenen Anbietern auf Basis unterschiedlicher Kriterien. Üblich sind die Anzahl der tätigen Personen oder der Praxisumsatz.



Datum der Betriebsgründung/der Niederlassung: _____

oder

Selbstständig tätig seit: _____

Haben Sie Angestellte? *

- nein
- ja – bitte spezifizieren:

Art der Beschäftigten	Anzahl gesamt	davon			
		Anzahl Vollzeit	Anzahl Teilzeit über 50 % der regulären Arbeitszeit	Anzahl Teilzeit unter 50 % der regulären Arbeitszeit	geringfügig Beschäftigte
Psycholog_innen					
Psychotherapeut_innen					
Medizinisches Hilfspersonal					
Technisches Personal					
Verwaltungspersonal					
PiA's					
Praktikant_innen					
Sonstige, und zwar _____ _____					

Art der Praxis:

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis – Anzahl der gemeinsam tätigen Praxisinhaber_innen: _____
- Berufsausübungsgemeinschaft – Anzahl der gemeinsam tätigen Praxisinhaber_innen: _____
- Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft – Anzahl Praxisinhaber_innen: _____ – Anzahl Jobsharer: _____
- Medizinisches Versorgungszentrum – Anzahl der gemeinsam tätigen Praxisinhaber_innen: _____
- Praxis-/Bürogemeinschaft – Anzahl der gemeinsam tätigen Psychotherapeut_innen/Psycholog_innen: _____

Bei Praxisformen/gemeinschaftlicher Berufsausübung, bei denen eine gemeinsame Abrechnung über eine BSNR erfolgt, ist eine gemeinsame Absicherung in der Regel erforderlich. Wir empfehlen, dass auch in Praxisgemeinschaften im Interesse der Vermeidung von Problemen bei der Schadensregulierung zumindest perspektivisch die Berufshaftpflicht-Versicherungen aller beteiligten Psycholog_innen/Psychotherapeut_innen bei einem Versicherer platziert werden. Ggfs. können dann auch Prämiennachlässe eingeräumt werden.



Wir unterstützen Sie gern bei der Zusammenführung des Versicherungsschutzes bei einem Versicherer.

Wir bitten um folgende Angaben zu weiteren Praxisinhaber_innen/Partner_innen:

	Praxisinhaber_in/Partner_in 1	Praxisinhaber_in/Partner_in 2	Praxisinhaber_in/Partner_in 3
Name, Vorname:			
Beruf/Ausbildung:			
Approbation:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aktuell versichert bei Versicherer:			
Versicherungsscheinnummer:			
Vorschäden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Schadenjahr/Anzahl: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Schadenjahr/Anzahl: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Schadenjahr/Anzahl: _____ _____

Wir bitten um Unterstützung und Beratung bei der Zusammenführung und Optimierung unserer Versicherungen. nein ja

HINWEIS: Sofern noch weitere Praxisinhaber_innen/Partner_innen vorhanden sind, übermitteln Sie uns die notwendigen Angaben per E-Mail, Post oder Fax.

Spezifische 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 **Berufsbezeichnung/Praxisbezeichnung**?

Welche **therapeutischen Methoden/Verfahren/Techniken** wenden Sie an?

- Beobachtungsmethoden/Verhaltensbeobachtungen
- explorative Techniken/Gesprächsmethoden
- Testmethoden
- Therapiemethoden
 - Verhaltenstherapie
 - tiefen-psychologische Verfahren
 - Psychoanalyse

andere, und zwar: _____

- Onlineberatung/-therapie
- Expositionsbehandlungen/-therapie
- Hypnotherapie/Hypnosepsychotherapie
- Einsatz von Tieren im Rahmen der Therapie

Art der Tiere: _____

Tierhalter_in: Nutzung eigener Tiere Nutzung fremder Tiere

- Therapeutische Aktivitäten unter besonderen Bedingungen (z. B. Nutzung von Kfz, Aktivitäten im Freien/in der Natur, Klettern, Yoga etc.):

- Entspannungstechniken – und zwar: _____
- Beratungsmethoden
 - Supervision
 - Coaching zur Entwicklung/Förderung persönlicher Fähigkeiten
 - Mediation

andere, und zwar: _____

Gehören in diesen Bereichen auch Unternehmen zu Ihren Auftraggebern? * nein ja

- Trainingsmethoden
- Führungskräftetraining
 - Stressbewältigungstraining
 - Teamentwicklungstraining
 - Konfliktmanagementtraining
 - betriebliches Gesundheitsmanagement
- Gehören in diesen Bereichen auch Unternehmen zu Ihren Auftraggebern? * nein ja

andere Methoden/Verfahren/Techniken als Psycholog_in/Psychotherapeut_in, und zwar: _____

Welche **Tätigkeiten** werden ausgeübt?

- Tätigkeit im Ausland und zwar (Land/Länder): _____
- Umfang der Auslandstätigkeit: _____
- Dozent_innentätigkeit – bitte genauer beschreiben wo, Umfang, Fachgebiete: _____
- _____
- Betreuerstätigkeiten – Art- und Umfang: _____
- Pflugschaftstätigkeit/Beistandschaften – Konkretisierung der Art der Tätigkeit: _____
- Tätigkeiten im Rahmen der Ausbildung von Psychotherapeut_innen als: _____
- Supervisor_in
 - Prüfer_in
 - Dozent_in
- anderes, und zwar: _____
- sonstige Tätigkeiten, und zwar: _____

Nebentätigkeiten (PiA, Anstellung, ...) , und zwar _____

HINWEIS: Für PiA's und in einem Anstellungsverhältnis tätige Psycholog_innen/Psychotherapeut_innen existieren spezielle Fragebögen.
Bitte benutzen Sie diese Fragebögen für die Angebotsanforderung.

Werden auch **berufs-/betriebsunübliche Tätigkeiten** (nichtpsychologische) ausgeübt?

- nein ja, und zwar: _____

Erstellen Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit **Gutachten**?

- nein ja

Anteil der Erstellung von Gutachten im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit?

- gelegentlich bis maximal 50 % über 50 % ausschließlich Gutachter

Welche **Art von Gutachten** erstellen Sie?

- strafrechtliche/forensische Gutachten – weitere Hinweise zur Art der Gutachten: _____
- _____
- zivilrechtliche Gutachten – weitere Hinweise zur Art der Gutachten: _____
- _____
- sozialrechtliche Gutachten – weitere Hinweise zur Art der Gutachten: _____
- _____
- verwaltungsrechtliche Gutachten – weitere Hinweise zur Art der Gutachten: _____
- _____

- familienrechtliche Gutachten – weitere Hinweise zur Art der Gutachten: _____
- _____
- verkehrspsychologische Gutachten – weitere Hinweise zur Art der Gutachten: _____
- _____
- andere Gutachten, und zwar: _____
- _____

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

HINWEIS: Versicherungsschutz kann frühestens mit Eingang des Antrages beim Versicherer gewährt werden.

Gewünschte Deckungssummen:

A) Personen- und Sachschäden

- Personen- und Sachschäden mindestens 3 Mio. EUR
- Personen- und Sachschäden mindestens 5 Mio. EUR
- Personen- und Sachschäden über 5 Mio. EUR
- andere, und zwar: _____ EUR

B) Vermögensschäden

- Vermögensschäden mindestens 1 Mio. EUR
- Vermögensschäden mindestens 5 Mio. EUR
- andere, und zwar: _____ EUR

Deckungserweiterungen oder besondere Regelungen:

Werden folgende Einschlüsse/folgende Deckungserweiterungen oder Regelungen gewünscht?

HINWEIS: Der Einschluss bzw. die Deckungserweiterungen können nur nach der konkreten Ausgestaltung der Produkte durch den jeweiligen Versicherer angeboten werden.

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| ▪ Eigenständige Berufshaftpflicht-Versicherung für bei Ihnen angestelltes Fachpersonal? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja – Anzahl: _____ |
| ▪ kein Selbstbehalt bei | | |
| Schlüsselverlust | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Mietsachschäden an gemieteten Praxisräumen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| gemieteten Räumen und Inventar bei Geschäftsreisen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Tätigkeitsschäden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ▪ Mitversicherung geliehener/gemieteter beruflicher Sachen (z. B. Mobiliar, Technik) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ▪ Mitversicherung Praxisvertreter_in | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| HINWEIS: Nicht mitversichert werden kann die persönliche gesetzliche Haftung der Praxisvertretung. Ebenso nicht versichert sind hier Kosten für die Beschäftigung einer Praxisvertretung im Krankheitsfall des/der Praxisinhaber_in. Derartige Kosten können nur über eine Praxis-Kosten- und Ertragsausfall-Versicherung abgesichert werden. | | |
| ▪ Mitversicherung Ansprüche aus Verletzung von Namens- und Persönlichkeitsrechten außerhalb der Internetnutzung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Grundsätzlich mitversichert sind in den von uns angebotenen Deckungskonzepten:

- Erweiterter Straf-Rechtsschutz (ersetzt nicht eine eigenständige Rechtsschutz-Versicherung)
- Verlust fremder beruflicher Schlüssel
- Mietsachschäden (gemietete Geschäftsräume)
- Mietsachschäden (Geschäftsreisen)
- Versicherungsschutz für Verstöße gegen das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG-Deckung)



Benötigen Sie Versicherungsschutz für

- Haus- und Grundbesitzerrisiko
- HINWEIS:** Befindet sich die Praxis in Ihrem eigenen Haus, ist ggfs. eine Abstimmung mit dem Privathaftpflicht-Versicherer notwendig.
- vom Vermieter übernommene Pflichten (z. B. Verkehrssicherungspflicht)

B) Private Haftpflichtrisiken – Wichtige Ergänzungsbausteine

Privathaftpflicht-Versicherung

- gewünscht für
- für mich und meine Familie (mit Kindern)
 - für mich und meine/n Ehepartner_in/Partner_in (ohne Kinder)
- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- für mich ohne Kinder (Single)
 - für mich mit Kindern (alleinerziehend)

Die Privathaftpflicht-Versicherung gehört auf Grund der gesetzlich unbegrenzten Haftung für schuldhaft verursachte Schäden zu den wichtigsten privaten Versicherungen. Diese sollte grundsätzlich abgeschlossen werden bzw. bestehen, damit existenzgefährdende Risiken vermieden werden.



Gewünschter Versicherungsumfang:

<input type="checkbox"/> Basis-Absicherung	<input type="checkbox"/> Komfort-Absicherung (empfohlene Mindestabsicherung)	<input type="checkbox"/> Premium-Absicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlegende Absicherung privater Haftpflichtrisiken ▪ maximal 5 Mio. EUR Deckungssumme ▪ Leistungseinschränkungen und Ausschlüsse ▪ Selbstbehalte/ Mindestschadenshöhen in vielen Bereichen ▪ Geringere Prämie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfassende Absicherung privater Haftpflichtrisiken ▪ Mindestens 10 Mio. EUR Deckungssumme ▪ Erweiterte Leistungen, wie z. B. Schäden durch Gefälligkeitshandlungen. Verlust privater und dienstlicher Schlüssel, Schäden an gemieteten beweglichen Sachen, Forderungsausfall, Schäden an beweglichen Sachen in Hotels/Ferienwohnungen, mindestens 12 Monate Auslandsdeckung, automatische Bedingungsupdates 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bestmögliche Absicherung privater Haftpflichtrisiken mit besonderen Leistungserweiterungen ▪ bis zu 50 Mio. EUR Deckungssumme ▪ keine Selbstbehalte/Mindestschadenshöhen ▪ Best-Leistungs-Garantie ▪ Erweiterte und spezielle Leistungen, wie z. B. Be- und Entladeschäden (KFZ), Ansprüche von Versicherten untereinander, Rechtsschutz zum Forderungsausfall, Kautionsleistung weltweit, Neuwertenschädigung bei Sachschäden bis 2.500 EUR (bis ein Jahr nach Kauf) ▪ Opferschutz

HINWEIS: Den konkreten Umfang des Versicherungsschutzes definieren die Versicherungsbedingungen des jeweiligen ausgewählten Versicherers. Da sich die Angebote am Markt erheblich unterscheiden kann nicht gewährleistet werden, dass immer alle zuvor aufgeführten Komponenten versichert sind. Es handelt sich insofern um eine beispielhafte Darstellung.

- Ich wünsche eine persönliche Beratung zur Absicherung privater Risiken

Tierhalterhaftpflicht-Versicherung

- 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
- eigener Hund – Anzahl der Tiere: _____
- Rasse (reinerassig): _____
- Mischling (bitte beide/alle Rassen angeben): _____

Pferde und Hunde können enorme Schäden verursachen. Da hier die so genannte Gefährdungshaftung greift, können sehr schnell hohe Forderungen auf den Tierhalter zukommen. Aus unserer Sicht müssen Tierhalter_innen über eine moderne und umfassende Tierhalterhaftpflicht-Versicherung verfügen. Nur so können existenzgefährdende Risiken vermieden werden. In vielen Bundesländern besteht für Hundehalter heute bereits die Pflicht zum Abschluss einer solchen Versicherung. **Für den Einsatz der Tiere im Rahmen der Therapie bietet die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH spezielle Konzepte an.**



HINWEIS: Die Rasse/n bitte unbedingt angeben, da nicht alle Versicherer alle Hunderassen – v. a. sogenannte Kampfhunde – versichern.

Chip-Nummer/n: _____

Der Hund/die Hunde werden im Rahmen der Therapie eingesetzt? nein ja

- eigenes Pferd – Anzahl der Tiere: _____
- geliehenes Pferd (anderer Tierhalter) – Anzahl der Tiere: _____

Risthöhe/n der Pferde: bis 148 cm – Anzahl der Tiere: _____ ab 148 cm – Anzahl der Tiere: _____

Lebens-Nummer/n: _____

Das Pferd/die Pferde werden im Rahmen der Therapie eingesetzt? nein ja

Wünschen Sie die Mitversicherung des Tierhalter_innen-Risikos für das geliehene Pferd/die geliehenen Pferde (empfohlen)? ja nein

HINWEIS: Im Interesse der Vermeidung von Problemen bei Schadensereignissen, sind spezielle Lösungen erforderlich.

Unsere Berater_innen kontaktieren Sie hier für weitere Abstimmungen.

Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht-Versicherung nicht gewünscht gewünscht

Gewässerschadenanlagenrisiko (Öltank) nicht gewünscht gewünscht – Fassungsvermögen des Tank: _____ Liter

Vorhandene Versicherungen bei anderen Anbietern wurden vielfach seit dem Abschluss (oft liegt dieser bereits mehrere Jahre zurück) nicht mehr überprüft. Da heutige Produkte i. d. R. eine umfassendere Absicherung bieten, sind bestehende Versicherungen meist veraltet und weisen Deckungslücken auf.



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

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

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

C) Vorhandener bzw. bisheriger Versicherungsschutz

Berufshaftpflicht-Versicherung vorhanden? nein ja – Versicherer: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Wurde die bestehende Versicherung gekündigt?

nein ja – Kündigung durch: Versicherungsnehmer_in Versicherer

Kündigung erfolgt/-e zum (Datum): _____

Privathaftpflicht-Versicherung vorhanden? nein ja – Versicherer: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Wurde die bestehende Versicherung gekündigt?

nein ja – Kündigung durch: Versicherungsnehmer_in Versicherer

Kündigung erfolgt/-e zum (Datum): _____

Tierhalterhaftpflicht-Versicherung vorhanden? nein ja – Versicherer: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Wurde die bestehende Versicherung gekündigt?

nein ja – Kündigung durch: Versicherungsnehmer_in Versicherer

Kündigung erfolgt/-e zum (Datum): _____

Vorschäden

Gab es Vorschäden bzw. sind solche bekannt? nein ja – Bitte angeben:
 Versicherungsart, Schadendatum, Schadenursache, Schadenhöhe:

PC3-006-01

D) Sonstige Wünsche zum Versicherungsschutz oder Anmerkungen:

E) Wünschen Sie weitere Absicherungen für Ihre Praxis, wie z. B.:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Praxisinventar-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Elektronik-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Betriebskosten- und Ertragsausfall-Versicherung infolge Krankheit des Praxisinhabers | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Cyber-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsgebäude-Versicherung für das Praxisgebäude | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Rechtsschutz-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Gebäude-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> reines Wohngebäude | | |
| <input type="checkbox"/> Wohngebäude mit Praxis/Gewerberäumen | | |
| <input type="checkbox"/> reines Geschäftsgebäude | | |

Weitere ergänzende Informationen folgen

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

- Die Informationen über die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH nach §15 VersVermV und nach § 12 Abs. 1 FinVermV (Bestandteil der Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- Die Hinweise zum Datenschutz (Bestandteil der Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- Ich bestätige mit der Absendung der Anforderung bzw. durch Unterschrift, dass alle Angaben von mir nach bestem 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 PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (Newsletter) informiert werden. Dieser Service ist kostenlos. Er kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum _____

X

Unterschrift (sofern Zusendung per Fax/Post erfolgt) _____

Direktversand per E-Mail

Jetzt sofort an die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH senden:
mail@psycura.de

Versand per Post oder Fax

Bitte Formular ausdrucken und per Fax an **030 - 20 91 66 555**
oder per Post an unten stehende Adresse senden.

nach § 15 der Versicherungsvermittlungsverordnung (VersVermV) und § 12 Abs. 1 Finanzanlagenvermittlungsverordnung (FinVermV)

Maklerinformationen

Anschrift & Erreichbarkeit:

PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
Telefon: 030 - 20 91 66 513
Telefax: 030 - 20 91 66 555
E-Mail: mail@psycura.de
Internet: www.psycura.de

Geschäftsführer: Dr. Michael Marek

Handelsregister: HR-Nummer: HRB 12 10 60
Zuständiges Amtsgericht: Berlin-Charlottenburg

Steuernummer: 065/247/04038

Tätigkeiten gemäß Gewerbeordnung (Status):

- (1) Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO (Versicherungsmakler_in)
- (2) Erlaubnis nach § 34f Abs. 1 GewO, Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 (Finanzanlagenvermittlung)
- (3) Erlaubnis nach § 34c Abs.1 GewO (Darlehensvermittlung, Immobilienvermittlung)
- (4) Erlaubnis nach § 34i Abs. 1 GewO (Immobilendarlehensvermittlung)

Ausstellende Behörde:

- zu (1) Industrie- und Handelskammer Berlin,
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
- zu (2), (3) und (4) Bezirksamt Mitte von Berlin, Abt. Stadtentwicklung, Bauen, Wirtschaft und Ordnung,
Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin

Zentrales Vermittlerregister:

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29, 10178 Berlin
Telefon: 0180 - 600 58 50 (Festnetzpreis: 0,20 € pro Anruf;
Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/Anruf)
Registerabruf: www.vermittlerregister.info

Die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH ist registriert als:

- **Versicherungsmakler** gem. § 34d GewO unter der Registernummer **D-6DQ-GSGJB-31**
- **Finanzanlagenvermittler** gem. § 34f GewO unter der Registernummer **D-F-107-458V-61**
- **Immobilendarlehensvermittler** gem. § 34i GewO unter der Registernummer **D-W-107-VL55-21**

Informationen über Emittenten und Anbieter, zu deren Finanzanlagen Vermittlungs- oder Beratungsleistungen angeboten werden können:

Vermittelt und beraten werden kann grundsätzlich zu Finanzanlagen aus der gesamten Breite des in Deutschland bestehenden Marktes soweit dies im Rahmen der behördlichen Zulassung als Finanzanlagenvermittler/-berater gem. § 34f GewO zulässig ist. Ggfs. konzentrieren wir uns im Rahmen unserer Beratungs- und Vermittlungstätigkeit auf ausgewählte Anbieter/Emittenten. Informationen hierzu finden Sie auf unserer Webseite.

Informationen über die Vergütung bei der Finanzanlagenberatung und -vermittlung:

Im Zusammenhang mit der Anlageberatung oder -vermittlung kann die Vergütung hierfür ausschließlich durch den Anleger oder durch Dritte (Produktgeber) oder durch beide in Kombination erfolgen. Dies ist abhängig von den Wünschen und Bedürfnissen des Anlegers und den Finanzprodukten, welche eventuell vermittelt werden.

Soweit die Vergütungsbestandteile durch den Anleger gezahlt werden, erfolgt dies entsprechend einer gesondert zu treffenden Vergütungsvereinbarung. Soweit Zuwendungen im Zusammenhang mit der Anlageberatung oder -vermittlung insofern von Dritten (Produktgebern) erbracht werden, dürfen diese behalten werden.

Schlichtungsstellen:

Sofern Sie mit unseren Dienstleistungen einmal nicht zufrieden sein sollten, können Sie folgende Stellen als außergerichtliche Schlichtungsstellen anrufen:

- Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de
- Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de
- Ombudsstelle für Investmentfonds des BVI, Unter den Linden 42, 10117 Berlin, www.ombudsstelle-investmentfonds.de
- Ombudsstelle Geschlossene Fonds, Invalidenstr. 35, 10115 Berlin, www.ombudsstelle-gfonds.de
- Online Streitbeilegung gemäß Artikel 14 Abs. 1 ODR-VO: Die Europäische Union stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS-Plattform) bereit: ec.europa.eu/consumers/odr

Ergänzende Informationen

Beratung und Vermittlung von Versicherungen:

Es wird eine Beratung angeboten. Für die Vermittlung von Versicherungsverträgen erhält der/die Versicherungsmakler_in eine Courtage vom Versicherungsunternehmen, welche Teil der Versicherungsprämie ist. In Einzelfällen kann eine hiervon abweichende Regelung im Rahmen einer gesonderte Vereinbarung getroffen werden. Bei der Beratung zu und der Vermittlung von Versicherungsverträgen wird der/die Makler_in mit der Wahrnehmung der Kundeninteressen betraut. Hierunter fällt die Betreuung hinsichtlich von Lebens-, Sach-, Kranken- und sonstigen Versicherungen. Welche Verträge erfasst sind, regelt der Maklervertrag mit seinen Anlagen.

Beratung und Vermittlung von Finanzinstrumenten nach § 2 Abs. 6 Nr. 8 KWG:

Die Anlageberatung und die Vermittlung von Finanzinstrumenten gem. § 2 Abs. 6 Nr. 8 KWG erfolgt aufgrund der erteilten Genehmigung nach § 34f GewO. Der/die Makler_in ist freier Gewerbetreibender nach § 93 HGB und produktanbieterunabhängig. Der Vertragsschluss über den Erwerb eines Finanzinstrumentes findet grundsätzlich zwischen dem Kunden und dem jeweiligen Produktanbieter statt. Der/die Makler_in hat jedoch die erforderliche Sorgfalt nach den Regeln der Finanzanlagenvermittlerverordnung (FinVermV) zu berücksichtigen. Insbesondere schuldet er danach die anlage- und anlegergerechte Beratung unter Berücksichtigung der Kenntnisse und Erfahrungen sowie der vom Kunden angegebenen Anlagezwecke. Über die Pflichten und die weitere Zusammenarbeit kann auch ein Vertrag zwischen Kund_in und Makler_in geschlossen werden. Der/die Makler_in ist verpflichtet, die Beratung zu dokumentieren. Die Dokumentation ist vom/von der Kund_in zu unterschreiben.

Wohnimmobilendarlehensvermittlung:

Weitere wichtige Informationen enthält eine spezielle Information, die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Darlehens zur Verfügung gestellt wird.

Weitere Hinweise:

Sollte es jemals zu Unstimmigkeiten kommen, steht bei der PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH Herr Dr. Michael Marek als Ansprechpartner zur Verfügung.

Änderungen, die durch behördliche und/oder gesetzliche Auflagen bzw. durch betriebsinterne Veränderungen verursacht werden, bleiben vorbehalten. Weitere Informationen sowie Kommunikationsdaten enthält unser Geschäftspapier und sind im Internet unter www.psycura.de zu finden.

Stand der Information: 01.02.2019

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige ich/wir, dass ich/wir die Information für Kund_innen erhalten und zur Kenntnis genommen habe/n.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant_in

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer (besonderen) personenbezogenen Daten durch uns (nachfolgend: „Vermittler_in“) sowie über Ihre diesbezüglichen Rechte geben.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Psycura Wirtschaftsdienst GmbH
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 20 91 66 513 (ServiceLine)
Telefax: +49 (0) 30 20 91 66 555

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter den o. g. Kontaktdaten oder per E-Mail unter datschutz@psycura.de.

2. Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre Daten und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Zum Zwecke der Vermittlung von Versicherungsschutz oder anderen Dienstleistungen und Produkten, zum Abschluss und zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge sowie sonstigen von uns vermittelten Verträgen und Dienstleistungen ist eine Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Daten erforderlich. Die Verarbeitung bezieht sich sowohl auf Ihre personenbezogenen Daten, wie ggf. auch auf Ihre besonderen personenbezogenen Daten, etwa Gesundheitsdaten. Eine Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt nur für die von Ihnen beauftragte Vermittlung und Verwaltung des gewünschten Versicherungsschutzes oder anderer Produkte und Dienstleistungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebens- oder Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. der Zusage von Werbung) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO). Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Kundendaten werden auch verarbeitet, um unsere berechtigten Interessen oder die von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur Gewährleistung der IT-Sicherheit, aber auch zur Prüfung und Optimierung von Verfahren zum Kundenmanagement.

Darüber hinaus werden die personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet, wie z. B. zur Erfüllung von handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungspflichten oder unseren Beratungspflichten. Als Grundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. c DSGVO.

3. Wer bekommt Ihre Daten?

Im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen, Vertragsverwaltungen und Abwicklungen von Leistungs- und Schadensfällen, ist es erforderlich, Ihre Daten an andere Stellen weiterzugeben oder von diesen zu empfangen. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten außerhalb des Vermittlerbetriebs sind:

- Versicherer
- Rückversicherer
- Bausparkassen
- Finanzdienstleistungsinstitute und Wertpapierhandelsgesellschaften
- Maklerpools, Maklerverbände und Maklerservicegesellschaften
- kooperierende Versicherungsmakler_in, Untervermittler_in, Tipgeber_in
- Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften
- Assekuradeure
- technische Dienstleister
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer
- Rechtsnachfolger_in
- Versicherungsombudsleute
- Sozialversicherungsträger
- Finanzbehörden, wie zum Beispiel die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
- Strafverfolgungsbehörden

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt **nur in dem Maße, wie es nach dem jeweiligen Zweck der Verarbeitung erforderlich ist**. Eine aktuelle Liste aller Empfänger und Kategorien schicken wir Ihnen gerne auf Anfrage, auch postalisch, zu.

4. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir verarbeiten Ihre Daten grundsätzlich nur solange, wie es für die Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten und der damit einhergehenden Zwecke erforderlich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Vertragsabschluss mit uns häufig ein Dauerschuldverhältnis ist, welches auf Jahre angelegt ist. Sind die Daten für die Erfüllung unserer Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht, es sei denn, deren (befristete) Weiterverarbeitung ist erforderlich, um unsere diversen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (bspw. aus § 257 HGB und § 147 AO: 10 Jahre) zu erfüllen oder zur Erhaltung von Beweismitteln nach Art 17 Abs. 3 lit. e DSGVO im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen (§§ 195 ff. BGB: 3 bis zu 30 Jahren).

5. Welche Datenschutzrechte haben Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht unter o.g. Adresse von uns Auskunft nach Art. 15 DSGVO, Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, Löschung nach Art. 17 DSGVO, die Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie nach Art. 20 DSGVO, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie uns bereitgestellt hat, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu verlangen. Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit uns gegenüber mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung bleibt davon unberührt.

Darüber hinaus haben Sie ein **Beschwerderecht** bei der für uns zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, Art. 77 DSGVO.

Diese ist: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Der Widerspruch ist zu richten an: Psycura Wirtschaftsdienst GmbH, Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin, info@psycura.de

Wir weisen an dieser Stelle aber darauf hin, dass im Falle eines Widerspruchs die Vermittlung, der Abschluss bzw. die Betreuung eines Versicherungsvertrages oder die Vermittlung anderer Produkte und Dienstleistungen ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich ist.

6. Kundenverpflichtung zur Bereitstellung der Daten?

Die Bereitstellung der Daten ist für den Vertragsschluss und dessen Durchführung erforderlich. Ohne Ihre Daten ist ein Vertrag und dessen Erfüllung nicht möglich. Insbesondere sind wir nach den geldwäscherechtlichen Vorschriften verpflichtet, Sie bei geldwäscherelevanten Vermittlungsgeschäften vor der Begründung der Geschäftsbeziehung anhand Ihres Ausweisdokuments zu identifizieren.

7. Werden Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt?

Wir beabsichtigen nicht, Ihre personenbezogenen Daten in Drittländer oder an internationale Organisationen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu übertragen. Sollten wir dennoch Daten an Dienstleister außerhalb des (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien garantiert wurden.

8. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung oder Profiling?

Wir nutzen im Rahmen unserer Aufgabenerfüllung keine vollautomatisierte Entscheidungsfindung (Art. 22 DSGVO). Es findet auch kein Profiling im Sinne von Art. 4 Nr. 4 DSGVO statt.

Empfangsbestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Name in Druckschrift

Unterschrift