

Ergänzungsbogen Auslandstätigkeit zur Risikoanalyse für Humanmediziner

(zur Hauptfälligkeit bitte Risikoanalyse für Humanmediziner einreichen)

Name und Anschrift des Interessenten: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Zuständige Kammer: _____

Allgemeine Information

- Hauptwohnsitz sowie Lebens- und Arbeitsmittelpunkt liegen in Deutschland: ja nein, in: _____
- Gesamtumzug ins Ausland ist geplant für (Datum): _____ nicht vorgesehen

Art der Tätigkeit im Ausland und zeitlicher Umfang

Teilnahme am Notärztlichen Dienst _____ Dienst/Jahr in (Land): _____

Notambulanz im Krankenhaus _____ Dienst/Jahr in (Land): _____

Ärztliche Rückholddienste/Begleitung von Intensivpatienten aus dem Ausland

innerhalb Europas (Europäische Union oder der Länder Norwegen, Liechtenstein, Island oder der Schweiz)

außerhalb Europas (Länder): _____

Es werden ausschließlich deutsche Patienten bzw. Patienten mit Hauptwohnsitz in Deutschland begleitet

- Besteht Deckungsschutz über die Sie einsetzende Organisation (ADAC, Rotes Kreuz etc.)? ja nein

Praxisvertretungen _____ Tage/Jahr in (Land): _____

Honorararztstätigkeit _____ Tage/Jahr in (Land): _____

Konsiliararztstätigkeit _____ Tage/Jahr in (Land): _____

ambulant konservativ (ohne Operationen)

ambulant operativ

ambulant und stationär

Sonstige: _____

Entwicklungshilfe/Humanitäre Hilfe in Katastrophengebieten _____ Tage/Jahr in (Land): _____

- Besteht Deckungsschutz über die Sie einsetzende Organisation (Ärzte ohne Grenzen etc.)? ja nein

Ärztliche Reisebegleitung _____ Tage/Jahr in (Land): _____

- Werden ausschließlich deutsche Reisegruppen begleitet? ja nein

- Handelt es sich um gesundheitlich nicht vorbelastete Reisegruppen ja nein

(keine Gruppe von Risikopatienten/Behindertenbegleitung)?

Umfang der Tätigkeit: reine allgemeinmedizinische Versorgung sowie Notfallversorgung

Koordination bzgl. einer notwendigen Aufnahme in ein Krankenhaus

Sonstiges: _____

Schiffsarztstätigkeit _____ Tage/Jahr Flagge des Schiffs _____

Umfang der Tätigkeit:

reine allgemeinmedizinische Versorgung sowie Notfallversorgung

Schiff mit OP-Ausstattung

Sonstiges _____

Tauchärztliche Untersuchungen _____ Tage/Jahr in (Land): _____

Hotel _____ Tage/Jahr in (Land): _____

Vornahme von Lehrveranstaltungen inkl. Demonstrationen _____ Tage/Jahr in (Land): _____

Demonstration von konservativen Behandlungen

Demonstration von OP-Techniken

im Rahmen der dienstlichen Tätigkeit (im Auftrag des Arbeitgebers)

im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit (in eigenem Namen)

Dauerhafte Tätigkeit

Eröffnung einer Zweitpraxis im Ausland ab (Datum): _____ in (Land): _____

ambulant konservativ (ohne Operationen)

ambulant operativ

ambulant und stationär

Sonstige

Folgende zusätzliche Risiken sollen mitversichert werden:

Vorversicherung/Vorschäden

• Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.: _____

Ablauf des Vorvertrags: _____

Es bestand bisher keine Vorversicherung.

Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden.

ja

nein

• Sind Sie in den letzten 5 Jahren schadensersatzpflichtig gemacht worden?

ja

nein

Hinweis: Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren, die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Falls ja, Anzahl der Schäden: _____ Personenschäden: _____ Sachschäden: _____ Vermögensschäden: _____

• Zahlungen EUR: _____

• Reserven zu noch offenen Fällen EUR: _____

• Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?

ja

nein

- Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein
- Ist einer der vorgenannten Schäden **im Ausland** passiert? ja nein

Falls ja, bitte nähere Infos:

Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie, dass der Versicherer auf die wahrheitsgemäße Erklärung seine Entscheidung über die Annahme des Antrags stützt. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz rückwirkend (von Anfang an) entfallen lässt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Vertragsführende Stelle:

Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4
69126 Heidelberg
Telefon 06221. 709 1590
www.janitos.de

Risikoträger und Hersteller:

HDI Versicherung AG
HDI-Platz 1
30659 Hannover
Telefon 0511. 645 0
www.hdi.de

Die Janitos Versicherung AG ist allein die vertragsführende Stelle.

Alleiniger Risikoträger und Hersteller ist die HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover. Diese ist auch für die Bearbeitung der Schadenfälle im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung zuständig.