

# Risikoanalyse für Berufsausübungsgemeinschaften

Tarifstand 07/2023



Neuantrag  Änderung des bisherigen Versicherungsvertrages Nr.: \_\_\_\_\_

## ANTRAGSTELLER:

Frau  Herr  Firmierung Name/Vorname/Firmierung: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Internet: \_\_\_\_\_

Erstgründung Gründungsdatum: \_\_\_\_\_ Angaben bitte in TT.MM.JJJJ Zuständige(r) Zulassungsausschuss/-ausschüsse der kassenärztlichen Vereinigung(en): \_\_\_\_\_

Vertragsärztliche Tätigkeit (Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten):  ja  nein

## VERMITTLER:

Maklerorganisation/Unternehmen: \_\_\_\_\_

Name des Vermittlers: \_\_\_\_\_

Janitos-Vermittlernummer: \_\_\_\_\_

## VERSICHERUNGSSUMME BERUFS-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

**Bis 5 Ärzte; 7,5 Mio. €** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Vierfache dieser Versicherungssumme begrenzt.

## PERSONELLE BESETZUNG:

### I. Inhaber/Teilhaber – ärztlich tätig (min. 2 Partner erforderlich)

Name: _____	Fachrichtungen: _____	Tätigkeitsumfang: <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____ <input type="checkbox"/> Aufklärungsrabatt: _____ EUR
Name: _____	Fachrichtungen: _____	Tätigkeitsumfang: <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____ <input type="checkbox"/> Aufklärungsrabatt: _____ EUR
Name: _____	Fachrichtungen: _____	Tätigkeitsumfang: <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____ <input type="checkbox"/> Aufklärungsrabatt: _____ EUR
Name: _____	Fachrichtungen: _____	Tätigkeitsumfang: <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____ <input type="checkbox"/> Aufklärungsrabatt: _____ EUR
Name: _____	Fachrichtungen: _____	Tätigkeitsumfang: <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____ <input type="checkbox"/> Aufklärungsrabatt: _____ EUR

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

## II. Angestellte Fachärzte/Zahnärzte

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte/Zahnärzte? (Ärzte in der Weiterbildung müssen nicht angegeben werden.)  nein  ja: Anzahl \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  ambulant konservativ  ambulant operativ  ambulant und stationär  Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_  Aufklärungs-rabatt: \_\_\_\_\_ EUR

## BEHANDLUNGSSPEKTRUM (ZWINGEND ZU BEANTWORTEN)

Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt, die vom Versicherungsschutz umfasst sein sollen? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen zur Auslandstätigkeit ausfüllen.)  ja  nein

Werden im Rahmen der zu versichernden Tätigkeit Profi-, Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften betreut und/oder wird ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und/oder Kulturveranstaltungen unterhalten? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen für die Betreuung von Profi- und Leistungssportlern ausfüllen.)  ja  nein

Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht, die über die reine ärztliche Behandlung (Behandlungsrisiko) am Patienten/Probanden hinausgehen? (Im Rahmen der Berufshaftpflicht gilt nur das Behandlungsrisiko versichert.)  ja  nein

Werden telemedizinische Beratungen/Behandlungen durchgeführt, bei denen sich Beratender, Behandelnder und/oder Patient nicht in der Europäischen Union, Norwegen, Liechtenstein, Island oder der Schweiz befinden und/oder die Behandlung nicht in der Europäischen Union, Norwegen, Liechtenstein, Island oder der Schweiz durchgeführt wird?  ja  nein

Werden folgende medizinisch nicht indizierte plastisch-ästhetisch Operationen/Behandlungen vorgenommen? (Bei Janitos nicht versicherbar.) Brustkorrekturen, Bauchdeckenplastik, Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) mit Ausnahme von Lipödembehandlungen, Gesäß- und Reithosenplastik (auch mit Hilfe von Fillern), Intimoperationen, nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe, permanent Filler (nicht resorbierbar).  ja  nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt: Für rein plastisch-ästhetisch indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe eines professionellen Aufklärungssystems (bspw. Thieme Compliance, Ikonion, Synmedico, Perimed, Fachgesellschaften etc.), bei dem die regelmäßige Aktualisierung der Aufklärungsinhalte (medizinisch und juristisch) gewährleistet wird, erfolgt.

Zusätzlich gilt für Zahnmediziner:

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass lediglich Behandlungen, die für den Zahnarzt gemäß Zahnheilkundengesetz zulässig sind, durchgeführt werden dürfen. Nicht zulässige Behandlungen sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Wir empfehlen, die Zulässigkeit vor Aufnahme der Tätigkeit ggf. mit der Bundeszahnärztekammer zu klären.

Werden neben der zu versichernden Tätigkeit noch weitere ärztliche Tätigkeiten ausgeübt (z. B. paralleles Anstellungsverhältnis, stationäre Tätigkeit in einer Klinik etc.), die über andere Institutionen versichert sind (z. B. Betriebs-Haftpflichtversicherer des Krankenhauses)?  ja  nein

Falls ja, bitte die genaue Tätigkeit und den Namen der Klinik/Einrichtung, sowie den Namen des Versicherers angeben.

Wird eine Konsiliararztstätigkeit\* erbracht?  ja  nein      Wird eine Honorararztstätigkeit\* erbracht?  ja  nein

\* Bei stationären konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeiten bitte stets den Ergänzungsbogen für stationäre konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten einreichen. Bei Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs bitte immer den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus einreichen.

## FACHGEBIETSSPEZIFIKA

### Anästhesiologie

- Werden Narkosen durchgeführt?  ja  nein
- Wird eine ganze Anästhesiologie-Abteilung eines Krankenhauses (Outsourcing) übernommen?  ja  nein  
(Falls ja, bitte den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus zur detaillierten Prüfung und Einzelfallquotierung einreichen.)
- Liegt eine ausschließlich schmerztherapeutische Tätigkeit vor?  ja  nein

### Augenheilkunde

- Wird in der Praxis ein Handelsumsatz von über 50.000 € erzielt (z. B. mit Kontaktlinsen oder Kontaktlinsenflüssigkeiten)?  ja  nein
- Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z. B. Kontaktlinsenstudio oder Lasikzentrum)?  ja  nein  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)

### Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie

- Werden endoprothetische Eingriffe vorgenommen?  ja  nein

### Dermatologie

- Wird in der Praxis ein Handelsumsatz von über 50.000 € erzielt (z. B. mit Kosmetika oder Pflegeprodukten)?  ja  nein
- Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z. B. Kosmetikinstitut)?  ja  nein  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)

### Gynäkologie

- Wird aktive Geburtshilfe geleistet?  ja  nein
- Werden Verfahren der assistierten Reproduktion angewandt, die über die alleinige Insemination und/oder alleinige hormonelle Stimulation hinausgehen?  ja  nein
- Werden Abrasien, alleinige Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vorgenommen?  ja  nein
- Werden Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vorgenommen?  ja  nein
- Werden nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durchgeführt, bei denen die Laborleistungen nicht innerhalb Deutschlands vorgenommen wird?  ja  nein

### Innere Medizin und Allgemeinmedizin/Allgemeinmedizin

- Werden proktologische Eingriffe durchgeführt?  ja  nein

### Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

- Werden Herzkatheter-Untersuchungen vorgenommen?  ja  nein

### Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie

- Anzahl der Dialyseplätze: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Werden ambulant Zentrale Venenkatheter (ZVK), Shaldon-Katheter, Denver Shunts oder Bauchfell-Katheter gelegt?  ja  nein

**Neurologie**

- Werden ausschließlich psychiatrische Behandlungen vorgenommen?  ja  nein

**Radiologie**

- Werden radiologische Befundungen für ein Krankenhaus im Rahmen eines Outsourcing übernommen? (Falls ja, bitte den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus zur detaillierten Prüfung und Einzelfallquotierung einreichen.)  ja  nein

**Zahnärzte/Fachzahnärzte für Oralchirurgie/Kieferorthopäden**

- Werden ambulant dentale Implantate gesetzt?  ja  nein
- Wird ein zahntechnisches Labor für fremde Zwecke unterhalten? (Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)  ja  nein

**DECKUNGSERWEITERUNGEN SONSTIGE RISIKEN**

Ergänzende Risikobeschreibungen, Besondere Vereinbarungen z. B. ärztliche Gutachter, notärztliche Tätigkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EUR

**VORVERSICHERUNG/ VORSCHÄDEN (ZWINGEND ZU BEANTWORTEN)**

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

---

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

---

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

---

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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. Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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. Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

Name des Arztes: \_\_\_\_\_  bei Janitos, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)  ja  nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden \_\_\_\_\_ Anzahl Sachschäden: \_\_\_\_\_ Anzahl Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

Zahlungen: \_\_\_\_\_ EUR Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

**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. Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden  ja  nein

### 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: **X** \_\_\_\_\_