



Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post

innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

Risikoanalyse für Zahnmediziner

Name und Anschrift des Interessenten: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Vermittler-Nr.: _____

Zahnmediziner in der Ausbildung

Assistenzzahnarzt (in der Vorbereitungszeit zur kassenzahnärztlichen Zulassung)

Gewünschter Versicherungsumfang:

dienstliche Tätigkeit und gelegentlich außerdienstliche Tätigkeit

zusätzliche freiberufliche Tätigkeit (s. Punkt „Sonstige zahnärztliche Risiken“)

Angestellter Zahnmediziner

■ Dienststellung: Chefarzt/leitender Arzt Oberarzt Facharzt, Assistenzzahnarzt

■ Dienstherr/Arbeitgeber: Krankenhaus Reha-/Kurklinik Behörde Niedergelassener Arzt

■ Gewünschter Versicherungsumfang (auch mehrere gleichzeitig möglich):

dienstliche Tätigkeit

freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit

freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit

gelegentliche außerdienstl. ambulante Tätigkeit einschl. Praxisvertretungen (weiter Punkt „Sonstige zahnärztliche Risiken“)

gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit ohne Praxisvertretungen

Ärztliches Restrisiko – Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlung im Verwandten- und Bekanntenkreis, Notfallbehandlung)

Niedergelassene Zahnmediziner

in eigener Praxis

nicht in eigener Praxis (Umfang bitte bei Punkt „Sonstige zahnärztliche Risiken“ angeben)

■ Tätigkeitsbeschreibung

Tätigkeit als Zahnarzt Tätigkeit als Fachzahnarzt für Oralchirurgie Tätigkeit als Kieferorthopäde (ohne zahnärztl. Tätigkeit)

■ Datum der Erstniederlassung: _____

■ Firmieren Sie als: Praxisklinik Tagesklinik/amb. OP-Zentrum

■ Besteht eine Praxismgemeinschaft? nein ja, Name Praxenpartner: _____

■ Besteht eine Gemeinschaftspraxis? nein ja, Name Praxenpartner: _____

■ Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft? nein ja, Name Praxenpartner: _____

■ Ist der Praxenpartner auch bei der Janitos Versicherung AG versichert? nein ja, Vers.-Schein-Nr.: _____

■ Sind Sie Inhaber/Teilhaber in einem MVZ? ja nein

(Absicherung des gesamten MVZ erforderlich, s. eigener Fragebogen.)

■ Art der Behandlung

ambulante Behandlung

■ Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen? (s. Folgeseite) ja nein

ambulante und stationäre Behandlungen

Belegbetten (5 Belegbetten sind prämienfrei mitversichert), Anzahl weiterer Betten: _____



Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post

innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

- Führen Sie Implantationen durch? ja nein
- Unterhalten Sie ein zahntechnisches Labor – auch für fremde Zwecke? ja nein
(Eigener Betriebshaftpflicht-Vertrag erforderlich)
- Sonstiges: _____

Sonstige ärztliche Risiken

- Praxisvertretungen, Anzahl Monate p. a.:
 - nur ambulante konservative Tätigkeit ambulante und stationäre Tätigkeit
- Honorararzt, Fachgebiet: _____ Anzahl Monate p. a.: _____
- Ärztlicher Gutachter
- Gelegentliche ärztliche Tätigkeit als Ruheständler
 - ohne Praxisvertretungen einschließlich Praxisvertretungen
- Sonstiges: _____

Kosmetische Behandlungen und Eingriffe (Beseitigen von Schönheitsfehlern ohne medizinische Indikation)

Nehmen Sie folgende kosmetisch indizierte Operationen/Behandlungen vor? (Bei Janitos Versicherung AG nicht versicherbar.)

- Brustkorrekturen, Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen), Bauchdeckenplastik, Gesäß- und Reithosenplastik, Operative Komplett-Face-Liftings, Intimoperationen ja nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt:

Für rein kosmetisch indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Zahnärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Dio-med“ erfolgt.

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.

Auslandsschäden

- Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt? ja nein
- Geltungsbereich: weltweit Europa Umfang Tage pro Jahr: _____

Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

- Die Mitversicherung von Ansprüchen nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird gewünscht ja nein
- Wenn ja, Anzahl der im Betrieb beschäftigten Personen: _____
- Deckungssumme: 100.000 € 250.000 € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Privat-Haftpflichtversicherung

- Die Mitversicherung der Privathaftpflicht wird gewünscht ja nein



Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post

innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

Vorversicherung/Vorschäden

- Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.: _____
Ablauf des Vorvertrages: _____
- 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
Falls ja, Anzahl der Schäden: Personenschäden: _____ Sachschäden: _____ Vermögensschäden: _____
- Zahlungen €: _____
- Reserven zu noch offenen Fällen _____
- Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja nein
- Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? 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 _____



innofima GmbH

Zum Eistruper Feld 9 · 49143 Bissendorf
Tel. 01803 / 88 77 66 · Fax 01803 / 88 77 55
kontakt@innofima.de · www.innofima.de