

Risikoanalyse für Kinder- und Jugendheime, Mutter- und Kind-Kurkliniken, Senioren- und Pflegeheime, Rehakliniken

Angaben zum Interessenten

- Name, Anschrift der Einrichtung: _____
- Inhaber/Betreiber: _____
- Rechtsform: GbR GmbH Sonstige: _____
- Geschäftsführer (bei GmbH)/Leitung: _____
- Datum der Gründung/Betriebsaufnahme: _____

Art der Einrichtung

- Kinder- und Jugendheim
- Mutter-Kind-Kurklinik
- Senioren- und Pflegeheim
- Anzahl der Betten: _____
- Gibt es angestellte Ärzte? nein ja
Falls ja, Anzahl der Fachrichtungen: _____
- Gibt es freiberuflich tätige Ärzte, für deren Tätigkeit Versicherungsschutz (Subsidiärdeckung)
gewünscht wird? nein ja
Falls ja, Namen und Fachrichtungen: _____
- Rehaklinik
- Spezialisierung/Fachgebiete: _____
- Anzahl der Betten: _____
- Anzahl des angestellten therapeutischen Personals (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Masseure und med. Bademeister,
Logopäden, Psychologen etc.): _____
- Gibt es freiberuflich tätige Therapeuten, für deren Tätigkeit Versicherungsschutz (Subsidiärdeckung)
gewünscht wird? nein ja
Falls ja, Namen und Fachrichtungen: _____
- Gibt es einen angegliederten ambulanten Rehabereich? nein ja
Falls ja, Anzahl der Plätze: _____

Zusätzliche Einschlüsse

Folgende zusätzliche Risiken sollen mitversichert werden: _____

Gewünschte Deckungssumme je Versicherungsfall

- 3.000.000,- € pauschal Personen-, Sachschäden / 500.000,- € Vermögensschäden
- 5.000.000,- € pauschal Personen-, Sachschäden / 500.000,- € Vermögensschäden

SCHEITHAUER GMBH

VERSICHERUNGSMAKLER

Ansprüche nach dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Die Mitversicherung von Ansprüchen nach dem AGG wird gewünscht nein ja

Wenn ja, Anzahl der im Betrieb beschäftigten Personen: _____

Vorversicherung/Vorschäden

▪ Name des Versicherers und Nr.: _____

Ablauf des Vorvertrages: _____

Es bestand bisher keine Vorversicherung

▪ Sind Sie in den letzten 5 Jahren schadenersatzpflichtig gemacht worden? nein ja

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

▪ Zahlungen €: _____

▪ Reserven zu noch offenen Fällen €: _____

▪ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? nein ja

▪ Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? nein ja

Ort, Datum _____

Unterschrift _____