

Risikoanalyse für Palliativmedizinische Einrichtungen

Name und Anschrift des Interessenten: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Art, Rechtsform, personelle Besetzung

- Bezeichnung: Palliativkonsiliardienst Palliativnetz Hospiz
 Sonstige: _____
- Rechtsform: GbR GmbH e.V. Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung
 Sonstige: _____
- Versorgungsregion: _____
- Gründungsdatum: _____
- Gesellschafter (Name und Fachrichtung): _____

- Ärztliche Leitung (Name und Fachrichtung): _____
- Gibt es angestelltes Personal (ohne rein kaufmännisch tätige Personen)? ja nein
 Falls ja:
 Anzahl Ärzte: _____
 Anzahl medizinische Fachpflegekräfte: _____
- Patientenzahl pro Jahr (ggf. geplant): _____
- Anzahl freiberuflich tätiger Ärzte: _____
- Anzahl freiberuflich tätiger Fachpflegekräfte: _____

Behandlungsvertrag

wird mit

- dem Verein/Netz
- dem Palliativkonsiliardienst
- dem Hospiz
- den einzelnen Ärzten direkt
geschlossen

Zusätzliche Einschlüsse

Folgende zusätzliche Risiken sollen mitversichert werden: _____

Gewünschte Deckungssumme je Versicherungsfall

5.000.000 EUR 7.500.000 EUR pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

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

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.