

Vermittler-
stempel

PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

Versicherungsnehmer / Antragsteller: _____

niedergelassen seit: _____ zur Zeit versichert bei: _____

Mitglied in folgenden Verbänden: _____

Wo werden die Eingriffe durchgeführt?

in eigener Praxis in einem Operationszentrum / einer Tagesklinik in einer Belegklinik im Krankenhaus
 in einer Privatklinik / § 30-Klinik in: _____

Sind Sie Inhaber einer Privatklinik / § 30-Klinik? ja nein

Wenn ja, bitte Zusatzfragebogen für Privatkliniken / Kliniken nach § 30 GewO beifügen.

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

Bitte geben Sie sowohl kosmetische als auch medizinisch indizierte Eingriffe an.

nur ambulante Eingriffe ambulante und stationäre Eingriffe Anzahl der Belegbetten: _____

		Anzahl pro Jahr		Anzahl pro Jahr
Kopf / Gesicht	<input type="checkbox"/> Facelifts	_____	<input type="checkbox"/> Lidplastiken	_____
	<input type="checkbox"/> Gesichtsimplantate	_____	<input type="checkbox"/> Otoplastiken	_____
	<input type="checkbox"/> Haartransplantationen	_____	<input type="checkbox"/> Rhinoplastiken	_____
	<input type="checkbox"/> Kinn- / Wangenkorrekturen	_____		
Körper	<input type="checkbox"/> Arm- / Oberschenkelstaffungen	_____	<input type="checkbox"/> Hyperhidrosetherapie	_____
	<input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastiken	_____	<input type="checkbox"/> Kryolipolyse	_____
	<input type="checkbox"/> Entfernung von Hauttumoren	_____	<input type="checkbox"/> Liposuctionen	_____
	<input type="checkbox"/> Fußchirurgie	_____	<input type="checkbox"/> Mammoplastiken	_____
	<input type="checkbox"/> Gesäßkorrekturen	_____	<input type="checkbox"/> Narbenkorrekturen	_____
	<input type="checkbox"/> Gynäkomastie	_____	<input type="checkbox"/> Varizen-Operationen	_____
	<input type="checkbox"/> Handchirurgie	_____	<input type="checkbox"/> Verbrennungschirurgie	_____
Intimchirurgie	<input type="checkbox"/> Geschlechtsumwandlungen	_____	<input type="checkbox"/> Penisverlängerungen	_____
	<input type="checkbox"/> G-Punkt-Unterspritzungen	_____	<input type="checkbox"/> Schamlippenkorrektur	_____
	<input type="checkbox"/> Penisverbreiterungen	_____	<input type="checkbox"/> Scheidenkorrekturen	_____
	<input type="checkbox"/> Penisverkrümmungen	_____	<input type="checkbox"/> Zirkumzisionen	_____
Falten- behandlungen	<input type="checkbox"/> Botulinumtoxin	_____	<input type="checkbox"/> permanente Filler	_____
	<input type="checkbox"/> Eigenfett	_____	<input type="checkbox"/> PRP-Behandlung	_____
	<input type="checkbox"/> Fadensliftings	_____	<input type="checkbox"/> resorbierbare Filler	_____
	<input type="checkbox"/> Mesotherapie	_____		
Sonstiges / Allgemein	<input type="checkbox"/> Carboxytherapie	_____	<input type="checkbox"/> Medizinische Kosmetik	_____
	<input type="checkbox"/> Hormontherapie (Anti-aging)	_____	<input type="checkbox"/> Permanent Make up	_____
	<input type="checkbox"/> Injektionslipolyse	_____	<input type="checkbox"/> Piercings	_____
	<input type="checkbox"/> Laserbehandlungen der Haut	_____	<input type="checkbox"/> Thermage	_____
	<input type="checkbox"/> Magenballon-Operationen	_____	<input type="checkbox"/> Ultherapie	_____
	<input type="checkbox"/> Magenband-Operationen	_____	<input type="checkbox"/> Varizen-Unterspritzungen	_____

Weitere Eingriffe: _____

Durchschnittliche Anzahl der Eingriffe pro Woche: _____ Planmäßige Höchstdauer der Eingriffe: _____ Std.

PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

Werden Eingriffe in Spinal- / Periduralanästhesie, Analgosedierung oder Vollnarkose durchgeführt?

nein ja, Anästhesieverfahren: _____ durch einen Anästhesisten? nein ja

Wie ist die Versorgung im Notfall gewährleistet?

Intensivmedizinische Geräte sind vorhanden ja nein

Bei schwierigen Eingriffen wird ein nahe gelegenes Krankenhaus im Vorfeld informiert: ja nein

derartige Eingriffe werden nicht durchgeführt. Ein Krankenhaus befindet sich in _____ Minuten Entfernung.

Wer übernimmt die postoperative Versorgung in der Aufwachphase? _____

Wer übernimmt die häusliche Versorgung und wie ist diese gewährleistet? _____

Angestellte Fachärzte: _____

Bitte Namen und Fachrichtung/en angeben _____

Art und Umfang der Aufklärung

Die Aufklärung des Patienten erfolgt mündlich schriftlich digital
 mittels proCompliance / DIOmed andere Formblätter

Wann findet die Aufklärung statt? mindestens _____ höchstens _____ Stunden vor der Operation / Behandlung.

Wurden in den vergangenen 10 Jahren Haftpflichtansprüche gegen Sie erhoben? nein ja, und zwar

Anzahl Berufshaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inklusive Reserven: _____ €

Anzahl Privathaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inklusive Reserven: _____ €

Weitere Bemerkungen:

Bitte beachten Sie die Hinweise zu § 19 Abs. V VVG über die Folgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht auf der Rückseite.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit obiger Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Mitteilung nach § 19 Abs. V VVG über die Folgen einer Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.