

BETREIBER

- EINER TAGESKLINIK EINES AMBULANTEN OPERATIONSZENTRUMS

Allgemeines

Versicherungsnehmer / Antragsteller: _____

Facharzt für: _____

niedergelassen seit: _____ | Tagesklinik / Operationszentrum seit: _____

Betreiber der Tagesklinik bzw. des ambulanten OP-Zentrums: _____

Bei mehreren Betreibern bitte folgende Angaben: Namen, jeweilige Versicherungsgesellschaft mit Versicherungsnummer und Versicherungsumfang. Handelt es sich um eine Gemeinschaftspraxis? ja nein

Anzahl der Operationsräume: _____ | Wird die Operationseinrichtung auch durch andere Ärzte genutzt? ja nein

Wie viele Aufwachräume und -betten/-liegen sind vorhanden und wie lange dauern die Aufwachphasen maximal?

Räume: _____ | Betten/Liegen: _____ | maximal _____ | Stunden

Operationsspektrum / Therapiespektrum

Welche Eingriffe werden durchgeführt? _____

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

Werden **kosmetische Behandlungen** (ohne medizinische Indikation) durchgeführt? ja nein

Wird der Behandlungsvertrag für kosmetische Behandlungen mit der Tagesklinik geschlossen? ja nein

falls ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Risikofragebogen ‚Kosmetische Behandlungen‘ ein.

Welche Anästhesieverfahren werden angewendet?

- Lokalanästhesie
- Plexusanästhesie durch einen Anästhesisten? ja nein
- Lumbalanästhesie durch einen Anästhesisten? ja nein
- Intubationsnarkose durch einen Anästhesisten? ja nein
- _____ durch einen Anästhesisten? ja nein

Welche Personen (wie viele) sind operationsbegleitend tätig?

- | | | | |
|---|---|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie-Schwester | eigenes Personal <input type="checkbox"/> | Fremdpersonal <input type="checkbox"/> | _____ Personen |
| <input type="checkbox"/> gelernte Krankenschwester | eigenes Personal <input type="checkbox"/> | Fremdpersonal <input type="checkbox"/> | _____ Personen |
| <input type="checkbox"/> OP-Schwester | eigenes Personal <input type="checkbox"/> | Fremdpersonal <input type="checkbox"/> | _____ Personen |
| <input type="checkbox"/> gelernte Arzthelferin | eigenes Personal <input type="checkbox"/> | Fremdpersonal <input type="checkbox"/> | _____ Personen |
| <input type="checkbox"/> Assistenzärzte ohne Gebietsbezeichnung | eigenes Personal <input type="checkbox"/> | Fremdpersonal <input type="checkbox"/> | _____ Ärzte |
| <input type="checkbox"/> angestellte Fachärzte | eigenes Personal <input type="checkbox"/> | Fremdpersonal <input type="checkbox"/> | _____ Ärzte |

bitte die Fachrichtung/en angeben: _____

Die **Fachärzte für Anästhesie** sind Inhaber / Teilhaber Angestellte freiberuflich tätig

Wird der Behandlungsvertrag für die Anästhesien mit der Klinik geschlossen? ja nein

Wird der Behandlungsvertrag für die Anästhesien mit den Anästhesisten geschlossen? ja nein

Organisation

Wie ist die Versorgung im Notfall gewährleistet?

Intensivmedizinische Geräte sind vorhanden ja nein

Bei schwierigen Eingriffen wird ein nah 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? _____

Wie und durch wen ist die nächtliche Versorgung / Überwachung sichergestellt?

Arzt Gesundheits- und Krankenpfleger Sonstige, bitte angeben: _____

Umweltversicherung

Außer den gemäß Produktbeschreibung mitversicherten Anlagen und den unten genannten Anlagen sind ja nein keine weiteren umweltrelevanten Anlagen vorhanden.

Es sind weitere umweltrelevante Anlagen vorhanden. ja nein
Falls ja, bitte den Erfassungsbogen AH 7720 beifügen.

Gibt es oder gab es auf Ihrem Betriebsgrundstück stillgelegte Tanks oder Anlagen, von denen eine Umweltgefährdung ausgegangen ist oder ausgehen könnte? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Altlasten oder Vorschäden an Boden, Wasser oder Luft bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vorschäden

Wurden in den vergangenen 10 Jahren Haftpflichtansprüche gegen Leistungserbringer erhoben? nein ja

Sofern Ärzte der Einrichtung vorher niedergelassen waren, bitte auch diese Schäden angeben!

Name: _____ Anzahl Berufshaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inkl. Reserven: _____ EUR

Name: _____ Anzahl Berufshaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inkl. Reserven: _____ EUR

Name: _____ Anzahl Berufshaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inkl. Reserven: _____ EUR

(ggf. Beiblatt verwenden)

Bitte beachten Sie die Hinweise zu § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht auf der Rückseite.

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit obiger Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 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.