

Bestätigung des Arbeitgebers zur Berufshaftpflichtversicherung

Wir bestätigen Frau/Herrn _____

Straße / Ort _____

das für ihre/seine Tätigkeit im beruflichen Status als

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt in der Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung |
| <input type="checkbox"/> Facharzt ohne leitende Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Stationsarzt |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt | <input type="checkbox"/> Chefarzt |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

mit dem Fachgebiet für: _____

Versicherungsschutz besteht mit folgenden Versicherungssummen in Euro:

Deckungssumme: _____ Personenschäden

begrenzt auf: _____ einzelne Person

_____ Sachschäden

_____ Vermögensschäden

maximiert auf das: _____ -fache im Vers.-Jahr

Die persönliche gesetzliche Haftpflicht der oben genannten Person ist in folgenden Umfang abgesichert:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>dienstlich:</u> | <input type="checkbox"/> nur ambulant | <input type="checkbox"/> nur stationär | <input type="checkbox"/> ambulant
u.stationär |
| | <input type="checkbox"/> inkl. Operationen | <input type="checkbox"/> inkl. Geburtshilfe | |
| <input type="checkbox"/> <u>freiberuflich:</u> | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> ambulant und stationär | |
| | <input type="checkbox"/> inkl. Operationen | <input type="checkbox"/> inkl. Geburtshilfe | |

außerdienstliche Restrisiken (Notfalldienst, Erste-Hilfe-Leistungen, Freundschaftsdienste usw.)

Gegenüber der oben genannten Person besteht eine Regressmöglichkeit bei

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> leichter | <input type="checkbox"/> mittlerer/normaler | <input type="checkbox"/> grober Fahrlässigkeit |
| <input type="checkbox"/> kein Regress | | |

Deckungszusage für erweiterten Strafrechtsschutz (Gerichts- u. Anwaltskosten bei Strafverfahren)

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Selbstbeteiligung ja/nein?

Wenn ja, in welcher Höhe? _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift