



Interessent / Versicherungsnehmer

Dieser Fragebogen dient der Ermittlung betriebsbezogener Daten zur Erstellung eines Versicherungsangebotes.
Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.
Der Fragebogen muss von einem autorisierten Mitarbeiter des Unternehmens unterzeichnet werden.

Anlagen

Prospektmaterial

Sonstiges (z.B. Beiblatt)

Inhalt

- A. Allgemeine Angaben
- B. Klassifizierung
- C. Personal
- D. Versicherungsumfang



A. Allgemeine Angaben:

Unternehmen:

Ansprechpartner:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon / FAX / E-Mail

www.

Träger:

Führen Sie bitte hier alle Betriebsstätten auf (Name, Ort, Beschreibung)!

1. Betriebsstätte

2. Betriebsstätte

3. Betriebsstätte

4. Betriebsstätte



B. Klassifizierung:

Risikobeschreibung

Ambulanter Pflegedienst

mit Intensivpflege (z.B. Heimbeatmung):	() ja () nein	MA	_____
mit Tagespflege:	() ja () nein	Plätze	_____
mit Kurzzeitpflege	() ja () nein	Plätze	_____
mit betreutem Wohnen	() ja () nein	Wohnungen	_____
Mieter?	() ja () nein	Eigentümer?	() ja () nein

mit Alten- und Pflegeheim	() ja () nein	Betten	_____
Betreiber?	() ja () nein	Eigentümer?	() ja () nein

Durchschnittliche Belegung

Aktuelle Belegung:	Pflegestufe 0	_____	_____	_____	_____
	Pflegestufe I	_____	_____	_____	_____
	Pflegestufe II	_____	_____	_____	_____
	Pflegestufe III	_____	_____	_____	_____

C. Personal:

Einrichtungen:

	<u>Pflegedienst</u>	<u>Kurzzeitpflege</u>	<u>Betr. Wohnen</u>	<u>Pflegeheim</u>
--	---------------------	-----------------------	---------------------	-------------------

Vollzeitkräfte (> 40 Std./Woche):	Anzahl:	_____	_____	_____	_____
Teilzeitkräfte:		_____	_____	_____	_____
Pauschalkräfte:		_____	_____	_____	_____
Zivildienstleistende:		_____	_____	_____	_____
Auszubildende:		_____	_____	_____	_____
Aushilfskräfte:		_____	_____	_____	_____
Geringfügig Beschäftigte:		_____	_____	_____	_____
<i>Sonstige</i> (z.B. Hausmeister)		_____	_____	_____	_____
Familienangehörige:		_____	_____	_____	_____
Inhaber / Geschäftsführer:		_____	_____	_____	_____

Weitere Zusatzrisiken

Angestellte Ärzte

	()	()	()	()
Anzahl:	_____	_____	_____	_____
Fachrichtung:	_____	_____	_____	_____



D. Gewünschter Versicherungsumfang

1. Geschäfts-/ Inhaltsversicherung

<u>Einrichtungen:</u>	<u>Pflegedienst</u>	<u>Kurzzeitpflege</u>	<u>Betr. Wohnen</u>	<u>Pflegeheim</u>
Versicherungssumme zum Neuwert:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
<u>Versicherte Gefahren:</u>				
- Feuer	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Einbruchdiebstahl / Raub	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Vandalismus nach einem Einbruch	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Leitungswasser	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Sturm / Hagel	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Elementarschäden (z.B. Überschwemmung)	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Sonstige Sachgefahren	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Alle Gefahren	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____

2. Ertragsausfall-Versicherung

<u>Einnahmen + Erlöse des letzten Geschäftsjahres:</u>				
<u>Pflegesatzeinnahmen aus:</u>				
- voll- und teilstationärer Pflege	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
- Kurzzeit- und Tagespflege:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
- ambulanter Pflege:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
<u>Sonstige Einnahmen aus:</u>				
- Vermietung und Verpachtung	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
- Cafeteria / Kiosk / Restaurant	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
- Essen auf Rädern	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
- Fahrdienste	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
- Handwerkliche Dienste:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Summe:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Versicherungssumme:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Haftzeit über 12, 18 oder 24 Monate?	_____	_____	_____	_____
<u>Versicherte Gefahren:</u>				
- Feuer	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Einbruchdiebstahl / Raub	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Vandalismus nach einem Einbruch	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Leitungswasser	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Sturm / Hagel	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Elementarschäden (z.B. Überschwemmung)	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Sonstige Sachgefahren	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Alle Gefahren	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____

3. Glasversicherung

<u>Einrichtungen:</u>	<u>Pflegedienst</u>	<u>Kurzzeitpflege</u>	<u>Betr. Wohnen</u>	<u>Pflegeheim</u>
Mitversichert bis ____ qm je Einzelscheibe	()	()	()	()



4. Elektronik-Versicherung

<u>Einrichtungen:</u>	<u>Pflegedienst</u>	<u>Kurzzeitpflege</u>	<u>Betr. Wohnen</u>	<u>Pflegeheim</u>
Versicherungssumme zum Neuwert:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Höhe der Selbstbeteiligung:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
<u>Zusätzliche Einschlüsse:</u>				
- inkl. Medizintechnik	()	()	()	()
- inkl. Daten-Versicherung	()	()	()	()
- inkl. Mehrkosten-Versicherung	()	()	()	()
- inkl. Betriebsunterbrechungs-Versicherung	()	()	()	()

5. Gebäude-Versicherung

<u>Einrichtungen:</u>	<u>Pflegedienst</u>	<u>Kurzzeitpflege</u>	<u>Betr. Wohnen</u>	<u>Pflegeheim</u>
Versicherungssumme zum Neuwert: <small>(inkl. Nebengebäude + Garagen)</small>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
alternativ: Wert 1914	M _____	M _____	M _____	M _____
Baujahr:	_____	_____	_____	_____
Modernisierung: (Jahr)	_____	_____	_____	_____
Anzahl der Stockwerke:	_____	_____	_____	_____
Objekt-Eigentümer:	()	()	()	()
Objekt-Betreiber:	()	()	()	()
<u>Versicherte Gefahren:</u>				
- Feuer	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Leitungswasser	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Sturm / Hagel	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Elementarschäden (z.B. Überschwemmung)	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Sonstige Sachgefahren	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
- Alle Gefahren	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____	() SB-Höhe: _____
<u>Aktueller Feuerschutz:</u>				
- Rauchdetektoren	()	()	()	()
- Sprinkleranlagen	()	()	()	()
- in Räumen der Bewohner	()	()	()	()
- in Fluren und Gängen	()	()	()	()
- in allgemeinen Flächen	()	()	()	()
- Sonstiges	()	()	()	()
Mietverlust-Versicherung:	() ja () nein			
Haftzeit: _____ über 12, 18 oder 24 Monate?				



6. Betriebs-Haftpflicht-Versicherung

Einrichtungen: _____ Pflegedienst _____ Kurzzeitpflege _____ Betr. Wohnen _____ Pflegeheim _____

Versicherungssumme: Personenschäden € _____ € _____ € _____ € _____
 () pauschal Sachschäden € _____ € _____ € _____ € _____
 Vermögensschäden € _____ € _____ € _____ € _____

Höhe der Selbstbeteiligung: € _____ € _____ € _____ € _____

Betriebs-Haftpflicht-Versicherung: () ja () nein () mit **Intensivpflege** (z.B. Heimbeatmung)
 () mit **Fahrdienst für Patienten + Senioren**
 () mit **Privat-Haftpflicht-Versicherung (Inhaber)**
 () mit **Privat-Haftpflicht-Versicherung (Heimbewohner)**
 () mit **Deliktunfähigkeitsklausel**

Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht: () ja () nein Grundstücksgröße: _____ m²

Gewässerschaden-Haftpflicht: () ja () nein

Anzahl der Tanks: _____ Größe in Liter: _____

Art: () Öltank () Gastank () unterirdisch () oberirdisch () im Keller des Gebäudes

7. Rechtsschutz-Versicherung

Deckungssumme: _____

Einrichtungen: _____ Pflegedienst _____ Kurzzeitpflege _____ Betr. Wohnen _____ Pflegeheim _____

Bausteine: SB _____ SB _____ SB _____ SB _____

Privat-Rechtsschutz	()	()	()	()
Betriebs-Rechtsschutz	()	()	()	()
Verkehrs-Rechtsschutz	()	()	()	()
Immobilien-Rechtsschutz	()	()	()	()
+ Erweiterten Straf-Rechtsschutz	()	()	()	()
+ Spezial-Straf-Rechtsschutz	()	()	()	()
+ Berufsvertrags-Rechtsschutz	()	()	()	()

8. Sonstige Versicherung

Einrichtungen: _____

Betriebsschließungs-Versicherung: () ja () nein Haftzeit: () 30 Tage () 60 Tage
Schließenanlagen-Versicherung: () ja () nein Versicherungssumme: _____ €
Verwahrungs-Versicherung: () ja () nein Versicherungssumme: _____ €
Vermögensschaden-Haftpflicht: () ja () nein Versicherungssumme: _____ €
Maschinen-Versicherung: () ja () nein Versicherungssumme: _____ €
 D&O Versicherung: () ja () nein Versicherungssumme: _____ €
 Vertrauensschaden-Versicherung: () ja () nein Versicherungssumme: _____ €
 Dienstreise-Kasko-Versicherung: () ja () nein
 Gruppen-Unfall-Versicherung: () ja () nein () für Geschäftsleitung () für Mitarbeiter

Kfz-Versicherung: () ja () nein Anzahl der Fahrzeuge: _____

Anlage: [Übersicht Fahrzeugflotte + Kopie Fahrzeugschein](#)



Sonstige Notizen:

Erklärung:

Der autorisierte Unterzeichner dieses Fragebogens bestätigt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden.

Ort, Datum, Unterschrift Kunden

Ort, Datum, Unterschrift Vertriebspartner

Die nachfolgenden Informationen sind für die Angebotserstellung sehr hilfreich und sollten beigefügt werden:

- Leistungsangebot der Pflegeeinrichtung / Informationsmaterial
- Übersicht über Schäden in den letzten 3-5 Jahren (Schadenereignis, Schadenmeldung, Schadenbeschreibung, Schadenhöhe)