

## RISIKO-ERFASSUNGSBOGEN FÜR AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

<b>Empfänger:</b> Mathias Jensch Versicherungsmakler GmbH & Co. KG Radeberger Straße 24 DE 01099 Dresden	<b>per FAX an: 03 51 / 832 88 15</b>
---	--------------------------------------

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

<b>A. ALLGEMEINE ANGABEN</b>	
<b>Name des Unternehmens</b>	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Ansprechpartner:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
www.	
<b>Weitere Betriebsstätten</b>	
<b>B. KLASSIFIZIERUNG</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Ambulanter Pflegedienst</b> / <input type="checkbox"/> <b>Betreuungsdienst</b>	<b>Anzahl der Plätze / Betten / Wohnungen</b>
<input type="checkbox"/> mit Intensivpflege / Heimbeatmung	
<input type="checkbox"/> mit Tagespflege	
<input type="checkbox"/> mit Kurzzeitpflege	
<input type="checkbox"/> mit betreutem Wohnen	<input type="checkbox"/> Mieter / Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer
<input type="checkbox"/> mit Alten- und Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Mieter / Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer
<b>Zuletzt abgeschlossenes Geschäftsjahr</b>	Jahr
<b>Pflegesatzeinnahmen</b>	
aus voll- und teilstationärer Pflege, Kurzzeit- und Tagespflege	EUR
aus ambulanter Pflege	EUR
<b>Sonstige Einnahmen (sofern nicht unter Ziffer 2 enthalten)</b>	
Vermietung + Verpachtung (z.B. Betreutes Wohnen und dgl.)	EUR
Cafeteria / Kiosk	EUR
Essen auf Rädern	EUR
Fahrdienste	EUR
Handwerkliche Dienste	EUR
Sonstiges	EUR
<b>Gesamtsumme</b>	EUR

### C. PERSONAL

	Anzahl der Personen
Inhaber / Geschäftsführer	
Vollzeitkräfte (> 40 Stunden/Woche)	
Teilzeit- und Pauschalkräfte	
Auszubildende / Zivildienstleistende	
Aushilfskräfte	
Geringfügig Beschäftigte	
Ehrenamtliche Mitarbeiter	
Hausmeister	
Angestellte Ärzte	

### D. GEWÜNSCHTER VERSICHERUNGSUMFANG

Modulbaustein	Angebot gewünscht	Besonderheiten	
Betriebshaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Deckungssumme:	<input type="checkbox"/> 3 Mio. € <input type="checkbox"/> 5 Mio. € <input type="checkbox"/> 10 Mio.€
Vermögensschaden-HV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
D&O Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Vertrauensschadenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Baujahr:	Neuwert: €
		Modernisierungsjahr:	
Geschäftsversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> Allgefahren-Deckung	Neuwert: €
		<input checked="" type="checkbox"/> inkl. Ertragsausfall	100 % d. VS
		<input checked="" type="checkbox"/> inkl. Glasbruch	100 % d. VS
Elektronikversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Medizintechnik	Neuwert: €
Betriebsschließung (Seuchen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Cyber-Risk-Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schließanlagenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Neuwert: €
Kfz-Flottenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der Kfz:	
Dienstreise-Kasko	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Jahreskilometerleistung:	
Sonstige Versicherungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zusätzliche Angaben	

### E. SONSTIGE NOTIZEN

Erklärung: Der autorisierte Unterzeichner bestätigt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden.

Unterschrift / Firmenstempel	Ort, Datum
------------------------------	------------