

RISIKO-ERFASSUNGSBOGEN FÜR AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

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

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.

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