

Bestätigung zur Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte / Zahnärzte

Arbeitgeber - Krankenhausträger:

Arzt / Zahnarzt - Arbeitnehmer:

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____,

wir bestätigen Ihnen, dass Ihre zahn-/ärztliche Tätigkeit als angestellter

- Assistenzarzt in Weiterbildung Assistenzzahnarzt in Vorbereitungszeit
 Facharzt für _____ Zahnarzt
 Funktions-/Oberarzt für Chefarzt für _____
 Ärztlicher Direktor _____

über eine Haftpflichtversicherung bei Gesellschaft _____

unter Versicherungsnummer _____ als Eigenversicherer

im nachfolgend aufgeführten Umfang versichert ist. **Versicherungssumme** für Schäden an:

Personen: _____ € max. _____ € pro Person

Sachen: _____ € Vermögen: _____ €

maximiert auf das _____ -fache im Versicherungsjahr mit **Einschluss folgender Tätigkeiten:**

- Dienstliche** zahn-/ärztliche Tätigkeit mit erweitertem Strafrechtsschutz
 Freiberufliche zahn-/ärztliche Tätigkeit Ohne Operationen Ohne Geburtshilfe
 Ambulant und stationär Nur ambulant Nur stationär Praxisvertretungen
 Gelegentliche außerdienstliche zahn-/ärztliche Tätigkeit: Erste-Hilfe-Leistung
 Notfalldienst Notarzdienst ärztliche Freundschaftsdienste im Bekanntenkreis

Wir nehmen **Regress bei grober Fahrlässigkeit** Ja Nein nur i.H.v. SB _____ €

Es bestehen keine weiteren die anliegenden **Sonderregelungen** zur Haftung. Über evtl. Änderungen Ihres Versicherungsschutzes werden wir Sie informieren.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift