

Vermittlernummer

B-Nr.b

____ / ____ / ____

Versicherungsscheinnummer (Beispiel: AS-1234567890)

_____ - _____

ALLIANZ COMMERCIAL

Fragebogen für die Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern, Sanatorien, Rehakliniken

Dieser Fragebogen dient der Ermittlung betriebsbezogener Daten zur Erstellung eines Angebotes.
Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.

Antragsteller

Herr Frau Firma Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

bzw. Firmierung _____

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Risikoanschrift: Str., Haus-Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon* _____ Fax* _____ E-Mail* _____

www.* _____ Vers.-Nr. _____

Träger des Krankenhauses _____ Gesprächspartner _____

Telefon, Fax, E-Mail des Vermittlers (soweit vorhanden)

* freiwillige Angaben

Fragen zum Risiko

Für weitere Betriebsstätten im Inland ist jeweils ein gesonderter Fragebogen aufzunehmen.

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen ggf. auf einem zusätzlichen Blatt in der erforderlichen Ausführlichkeit, damit durch Ihre eingehende Risikokenntnis eine objektive Beurteilung möglich wird, und fügen Sie möglichst Unterlagen bei (Prospekte, Organigramme, Ablaufbeschreibungen, etc.).

1. Allgemeine Angaben

1.1 Bei dem zu versichernden Risiko handelt es sich um ein/e

- Universitätsklinik Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
 Klinik der Maximalversorgung reine Fach-/Spezialklinik (z. B. Hautklinik)
 Grund- und Regelversorgung
 Kurheim, Sanatorium, Rehabilitationsklinik

ohne mit eigene(r) ärztliche(n) Betreuung

Werden Operationen oder invasive bzw. diagnostische Eingriffe durchgeführt? nein ja

sonstige Klinik (ggf. Beschreibung des Krankenhaustyps) _____

1.2 Ist eine besondere medizinische Spezialeinrichtung vorhanden, wie z. B. Abteilung für Rückenmark- oder Schwerbrandverletzte, Tropenmedizin, Transplantationszentren, Quarantänestation für Infektionserkrankungen.

nein ja, welche _____

1.3 Vorhandene Fachabteilungen (ausschließlich Hauptabteilungen; Belegabteilungen siehe Ziff. 1.4)/ Kapazitäten etc.; bitte nachstehende Tabelle ausfüllen:

Fachabteilung	Betten Anzahl	Umsatz EUR	Anzahl Behandlungsfälle voll- und teilstationär
Innere Medizin (außer Gastroenterologie, Kardiologie)	_____	_____	_____
Gastroenterologie	_____	_____	_____
Kardiologie	_____	_____	_____
Kinderheilkunde einschl. -onkologie und -kardiologie (ohne Kinderchirurgie, -herzchirurgie)	_____	_____	_____
Neonatologie	_____	_____	_____
Herz-, Kinderherzchirurgie	_____	_____	_____
Neurochirurgie	_____	_____	_____
Thoraxchirurgie	_____	_____	_____
Plastische Chirurgie	_____	_____	_____
Allg. Chirurgie (einschl. Kinderchirurgie)	_____	_____	_____
Gefäßchirurgie	_____	_____	_____
Bauchchirurgie	_____	_____	_____
Unfallchirurgie	_____	_____	_____
Orthopädie	_____	_____	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	_____	_____	_____
Urologie	_____	_____	_____
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	_____	_____	_____
Frauenheilkunde ohne Geburtshilfe	_____	_____	_____
Geburtshilfe	_____	_____	_____
HNO	_____	_____	_____

Augenheilkunde			
Neurologie einschl. Neuroradiologie			
Psychiatrie einschl. Kinder-/Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie			
Nuklearmedizin			
Strahlenheilkunde			
Dermatologie			
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie			
Intensivmedizin (auch wenn keine eigene bettenführende Abteilung, sondern innerhalb anderer Fachabteilung)			
Geriatric			
Sonstige Fachabteilung (wenn ja, welche konkret? Z. B. interdisziplinäre Abt., Palliativmedizin, Schmerztherapie, Pathologie, Klinische Chemie, Mikrobiologie oder Krankenhaushygiene)			

1.4 Belegabteilungen nein ja, dann bitte nachstehende Tabelle ausfüllen

– Nicht mitversichert ist die Haftpflicht der Belegärzte und deren eigenes Personal –

Benennung der beleg- ärztlichen Abteilung	Betten Anzahl	Umsatz EUR	Behandlungsfälle Anzahl	ärztl. 24 h-Bereitschaftsdienst (falls vorhanden, bitte ankreuzen)	
				durch eigene Abt.	durch fremde Abt.

2. Umsätze

Umsatz EUR

2.1 Umsätze des Krankenhauses aus ambulanten Behandlungen (einschließlich MVZ), sofern nicht bereits in den genannten Umsätzen der Hauptabteilungen in Ziffer 1.3 enthalten.

2.2 Gesamtumsatz, d. h. Summe aller Erlöse der Gewinn- und Verlustrechnung eines Krankenhauses gem. Anlage 2 zur Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern.

3. Werden rein kosmetische Behandlungen/Operationen (d. h. solche ohne medizinische Indikation) ausgeübt?

nein ja

Eine Mitversicherung kann nur nach eingehender Risikoprüfung vereinbart werden. Zu diesem Zweck sind auf einem Beiblatt Name, Status (z. B. Oberarzt), Facharztbezeichnung sowie Ausbildung/Weiterbildung des Arztes mitzuteilen, der die kosmetischen Behandlungen/Operationen durchführt. Darüber hinaus ist die Art und Weise der jeweiligen Behandlungen/Operationen konkret zu beschreiben und die zugehörigen schriftlichen und ausformulierten Patienteninformationen sind beizufügen.

Hinweis: Nicht mitversicherbar ist die Durchführung von Fettabsaugungen zu rein kosmetischen Zwecken, d. h. ohne medizinische Indikation.

4. Sonstige Einrichtungen

4.1 Herstellung/Vertrieb von Blutprodukten, „Blutbank“

- Abgabe ausschließlich innerhalb** des versicherten Krankenhauses (inklusive Abgabe an Dritte außerhalb in akuten medizinischen Notfallsituationen, z. B. weil ein anderes Krankenhaus für eine dringende Operation eine Blutkonserve mit einer seltenen Blutgruppe benötigt)
- Abgabe außerhalb** des versicherten Krankenhauses (nicht in akuten medizinischen Notfallsituationen – s. o.)
Eine Mitversicherung kann nur nach eingehender Risikoprüfung vereinbart werden. Zu diesem Zweck sind auf einem Beiblatt folgende Angaben zu machen:
- Um welche Blutprodukte handelt es sich jeweils und an wen werden diese abgegeben?
 - Wie hoch ist der gesamte Umsatz (ohne MwSt) aus dieser externen Abgabe?

4.2 MVZ: Falls vorhanden, bitte Angaben zu Anzahl der Ärzte und jeweilige Fachrichtung

4.3 Sonstige, nicht ausschließlich für eigene Patienten bestimmte Einrichtungen

- sonstige medizinische „Banken“
 nein ja, und zwar _____
- andere Einrichtungen (z. B. medizinisches Forschungslabor, Sterilgutversorgung)
 nein ja, und zwar _____
- Betrieb einer hauseigenen Apotheke
 nein ja, und zwar werden die Arzneimittel abgegeben an Krankenhauspatienten Betriebsfremde

Falls Deckungsvorsorge nach § 94 Arzneimittelgesetz (AMG) besteht:

Jahresumsatz aus Arzneimitteln, die im Geltungsbereich des AMG zur Abgabe an den Verbraucher in Verkehr gebracht werden und der Deckungsvorsorge unterliegen (zulassungspflichtige oder durch Rechtsverordnung von der Zulassungspflicht befreit):

rezeptpflichtig _____ EUR
apothekenpflichtig _____ EUR
frei verkäuflich _____ EUR

5. Bestehen von Kooperationen (z. B. Medizinische Versorgungszentren, Gerätegemeinschaften); Vergabe/Erbringung von medizinischen Leistungen an/für Dritte?

nein ja, und zwar – bitte detaillierte Beschreibung, ggf. Beiblatt, und Kooperationsvereinbarung beifügen –

6. Angaben zu Diagnose-/Behandlungsverfahren

6.1 Falls eine geburtshilfliche (auch Beleg-)Abteilung vorhanden ist

- durchschnittliche Anzahl der Geburten im Jahr _____ %
davon Kaiserschnittentbindungen _____ %
- Anzahl der für das Krankenhaus tätigen Hebammen/Geburtshelfer (ohne Belegkräfte) _____ %
- Angaben zu Standardmonitoring der Schwangeren und Feten (z. B. CTG, MBU, Doppleruntersuchung):

6.2 Telemedizin

- Findet die Telediagnostik (z. B. Telekonsil) Anwendung?
 nein ja – für die Risikobeurteilung sind weitere Angaben erforderlich, die gesondert abgefragt werden –
- Findet die Teletherapie (z. B. Telechirurgie) Anwendung?
 nein ja – für die Risikobeurteilung sind weitere Angaben erforderlich, die gesondert abgefragt werden –

7. Angaben zum Qualitäts- und Risk-Management

- Welche laufenden Maßnahmen im Bereich Qualitäts- und Risk-Management werden aktuell bereits durchgeführt bzw. sind für das kommende Jahr geplant? – ggf. bitte nähere Angaben auf einem Beiblatt –

- Sind Zertifizierungen von Fachgesellschaften etc. vorhanden?

nein ja – ggf. bitte nähere Angaben auf einem Beiblatt –

8. Medizinisch-technische Ausstattung

Sind Geräte und/oder radioaktive Stoffe vorhanden, für die der Nachweis einer Deckungsvorsorge auf der Grundlage der allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflicht-Versicherung von genehmigter Tätigkeit mit Kernbrennstoffen und sonstigen radioaktiven Stoffen außerhalb von Atomanlagen (AHB-Str.) erforderlich ist?

nein ja (bitte Genehmigungsbescheid(e) beifügen)

9. Versicherungssummen

Welche Versicherungssummen werden gewünscht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Variante 1:

- Personen-, Sach- und Vermögensschäden pauschal 5.000.000 EUR
Die Höchstersatzleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Zweifache der genannten Versicherungssumme.

Variante 2:

- Personen-, Sach- und Vermögensschäden pauschal 7.500.000 EUR
Die Höchstersatzleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Zweifache der genannten Versicherungssumme.

Variante 3:

- abweichende Versicherungssumme _____ EUR

10. Deckungserweiterungen und Besonderheiten – ggf. Eintragungen unter Ziffer 13 oder auf Beiblatt –

11. Vorversicherungen (in den letzten 10 Jahren) – ggf. Eintragungen unter Ziffer 13 oder auf Beiblatt –

Versicherungsgesellschaft	Vertragsnummer	gekündigt?
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____

12. Schadeninformation

Welche Schäden sind in den letzten 10 Jahren eingetreten bzw. welchen Schadenersatzansprüchen waren Sie ausgesetzt?

– bitte die jeweiligen Einzeljahresstatistiken beifügen unter Angabe von Schaden-, Meldejahr, Anzahl der Schäden, Gesamthöhe der Zahlungen, Gesamthöhe der Reserven –

Einzelschäden mit Aufwendungen (= Zahlungen und/oder Reserven) ab 30.000 EUR:

Fachabteilung	Art/Ursache	Schadenzeitpunkt	Zahlungen	Reserven	schwebend
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

13. Ergänzende Informationen

**Bei Zustandekommen eines Vertrages gilt dieser Fragebogen als Vertragsbestandteil!
Bitte Beratungsprotokoll FFB--2000Z0 beifügen!**

Anlagen:

- Fragebogen zur Risikoermittlung für Umweltrisiken FH---0402Z0
– zur Ermittlung der vorhandenen Umweltrisiken bitte ausfüllen und beilegen –
- Sonstiges (z. B. Beiblatt)

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.allianz.de/datenschutz

Unterschriften

Ort, Datum, Interessent

Ort, Datum, Vermittler