

| | | | |
|------------------------|---------------------|--|---------|
| Titel, Vor- und Zuname | | Telefon | Telefax |
| Straße, Hausnummer | | E-Mail | |
| PLZ, Ort | | Ich bin | |
| Geburtsdatum | BDC-Mitgliedsnummer | <input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt/Praxisinhaber <input type="checkbox"/> angestellter Arzt; Arbeitgeber: | |

**Welchen Versicherungsschutz benötige ich für meinen privaten und beruflichen Bereich?
Welche Absicherung ist für meine niedergelassene Tätigkeit wichtig?**

Die folgende Checkliste bietet Ihnen einen Überblick der Versicherungsarten, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben und abhängig von Ihrem individuellen Bedarf.

| Versicherungsschutz | | besteht bereits | wird gewünscht |
|---------------------|--|-----------------|----------------|
|---------------------|--|-----------------|----------------|

Mein Versicherungsschutz im Rahmen meiner **BDC-Mitgliedschaft**

| | | | |
|---|-----|-------------------------------------|---|
| Berufs-Rechtsschutzversicherung | ● * | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| Praxisvertreter-Haftpflichtversicherung | ● * | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| Gastarzt-Haftpflichtversicherung | ● * | <input checked="" type="checkbox"/> | - |

Mein Versicherungsschutz im Rahmen meiner **Tätigkeit in Niederlassung**

| | | | |
|---|-----|--------------------------|--------------------------|
| Berufs-Haftpflichtversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechtsschutzversicherung als Ergänzungsdeckung (Arbeitgeber-Rechtsschutz) | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Praxisinventarversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betriebsunterbrechungsversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elektronikversicherung | ○ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cyberversicherung (SecurITy) | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ärzteregressversicherung | ○ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermögensschaden-Haftpflicht-/D&O-Versicherung | ○ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Praxisausfallversicherung | ○ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absicherung Partner/Finanzierung (Tod/Krankheit) | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kraftfahrzeugversicherung (Firmenfahrzeuge) | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mein Versicherungsschutz im **beruflichen Bereich als angestellter Arzt**

| | | | |
|---|-----|--------------------------|--------------------------|
| Berufs-Haftpflichtversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufs-Rechtsschutz als Ergänzungsdeckung | ○ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mein Versicherungsschutz im Bereich der **privaten Vorsorge**

| | | | |
|--|-----|--------------------------|--------------------------|
| Privat-Haftpflichtversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Privat-Rechtsschutzversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unfallversicherung | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gebäudeversicherung | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausratversicherung | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenvoll-/Krankentagegeldversicherung | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufsunfähigkeitsschutz | ● * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altersversorgung/Hinterbliebenenschutz | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kraftfahrzeugversicherung | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

● unverzichtbar ● wichtig ○ ergänzende Deckung * spezielle BDC-Konditionen