

## Risiko-Erfassungsbogen für Alten- und Pflegeheime

<b>Empfänger:</b> Mathias Jensch Versicherungsmakler GmbH & Co. KG Radeberger Straße 24 DE 01099 Dresden	<b>Per FAX an: 0351 / 8328815</b>
---	-----------------------------------

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

A. Allgemeine Angaben	
<b>Name des Unternehmens:</b>	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Ansprechpartner:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
www.	
Weitere Betriebsstätten:	
B. Klassifizierung	
<b>1. Beschreibung:</b>	<b>Anzahl (gesamt):</b>
<input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Mieter / Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer   Betten:
<input type="checkbox"/> mit Tagespflege	Plätze:
<input type="checkbox"/> mit Kurzzeitpflege	Plätze:
<input type="checkbox"/> mit Betreutem Wohnen	<input type="checkbox"/> Mieter / Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer   Wohnungen:
<input type="checkbox"/> mit Ambulanten Pflegedienst	Mitarbeiter:
<b>2. Zuletzt abgeschlossenes Geschäftsjahr:</b>	Jahr
<b>3. Pflegesatzeinnahmen</b>	
aus voll- und teilstationärer Pflege, Kurzzeit- und Tagespflege:	EUR
aus ambulanten Pflege:	EUR
<b>4. 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>Summe:</b> EUR
C. Personal	
	<b>Anzahl der Personen:</b>
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
1. Betriebs-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Deckungssumme: <input type="checkbox"/> 3 Mio. € <input type="checkbox"/> 5 Mio. € <input type="checkbox"/> 10 Mio. €
2. PHV für Heimbewohner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Gebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Baujahr:                      Modernisiert in:                      Neuwert:                      €
4. Inventarversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neuwert:                      €
5. Elektronikversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Medizintechnik                      Neuwert:                      €
6. Ertragsausfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7. Betriebsschließung (Infektionen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
8. Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Betriebs-RS mit Spezial-Straf-RS für Krankenhäuser + Heime
		<input type="checkbox"/> mit Privat-RS
		<input type="checkbox"/> mit Verkehrs-RS                      Anzahl der Kfz:
		<input type="checkbox"/> mit Immobilien-RS                      Bruttojahresmietwert:                      €
9. Vermögensschaden-HV f. Heime	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10. Vertrauensschaden-Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. D&O Versicherung f. UN-Leiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12. Glasversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Schlüsselversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl Generalschlüssel:                      Wert der Schließanlage:                      €
14. Kfz-Flottenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl aller Kfz:
15. Dienstreise-Kasko-Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Jahreskilometerleistung:                      km
16. Sonstige Versicherungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zusätzliche Angaben:

E. Sonstige Notizen

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

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