

Versicherungsnehmer: Vorname + Name: \_\_\_\_\_  
Straße + Nummer: \_\_\_\_\_  
PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Einzugsermächtigung: Konto: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_

## Deckungsauftrag zur Heilpraktiker-Berufshaftpflichtversicherung inkl. Falten-Unterspritzung!

In Ergänzung zu Klausel 144 Ziff. 1.1 und 3.10 gelten die vorgenannten Behandlungen im bedingungsgemäßen Umfang mitversichert. Ziff. 4.11 Klausel 144 bleibt unberührt.“

Versicherungsort + Str.: \_\_\_\_\_

Vertragsdauer: \_\_\_\_\_ 12 Uhr mittags bis \_\_\_\_\_ 12 Uhr mittags  
(Der Vertrag verlängert sich automatisch um 1 Jahr,  
wenn nicht 3 Monate vor Ablauf gekündigt wird!)

Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Vorschäden: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** 1. Welche HP-Schule wurde absolviert? \_\_\_\_\_  
2. Ausbildungsdauer? \_\_\_\_\_ 3. Wann erfolgte die erste HP-Zulassung? \_\_\_\_\_  
4. Sind Sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Heilpraktiker? \_\_\_\_\_

**Versicherungssummen:** 3.000.000,- € pauschal für Personen- und Sachschäden  
500.000,- € erweiterter Strafrechtsschutz  
20.000,- € Schlüsselabhandenkommen  
10.000,- € Entwendung / Abhandenkommen eingebrachter Sachen  
200.000,- € Praxis-Mietsachschäden  
200.000,- € Sachschäden durch Praxisabwässer  
100.000,- € Vermögensschäden

mitversichert ist u. a.: Privathaftpflicht / Hundehalterhaftpflicht / Schlüsselhaftpflicht

**Beitragsermittlung:** 160,18 € + 47,30 € Zuschlag + 39,42 € = 246,90 €  
Jahresnettobeitrag 47,30 € für die Falten-U. Vers. Steuer Jahresbruttobeitrag

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kunde

\_\_\_\_\_ Vermittler

\_\_\_\_\_ Stempel Vermittler

► *Es besteht die „erweiterte Einlöschungsklausel“. Mit Eingang der Deckungsaufgabe bei der Gesellschaft wird der Eingangsstempel gesetzt und es besteht vorläufige Deckung! ◀*