

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

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

## Deckungsauftrag zur Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen!

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Risikobeschreibung: Hebamme – freiberuflich – ohne aktive Geburtshilfe!

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: \_\_\_\_\_

Deckungssummen (DS): 3.000.000,- € pauschal für Personen- und Sachschäden  
500.000,- € Mietsachschäden \*  
500.000,- € Vermögensschäden  
3.000.000,- € Praxisabwässer \*  
20.000,- € Schlüsselschäden \* (außer private Schlüssel)  
20.000,- € Tätigkeitsschäden \*  
500,- € je Tag für eingebrachte Sachen (max. 5.000,- € p. a.)

\* Innerhalb der Deckungssumme für Sachschäden,  
Selbstbehalt 150,- € an jedem derartigen Schaden!

Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist das Doppelte der o. g. DS!

Beitragsermittlung: 170,- € + + 32,30 € = 202,30 €  
Jahresnettobeitrag      Vers. Steuer      Jahresbruttobeitrag

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Vermittler

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

► **!!!Wir bitten um die Zusendung der Vorläufigen Deckungsbestätigung!!!** ◀