I. BUFT – Allgemeiner Teil

1 Vertragsgrundlagen

Bedingungen für die Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich Tätige (BUFT 2006 – Fassung 2008)

sofern vereinbart:

Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen

2 Vorläufige Deckungszusage

Eine vorläufige Deckungszusage darf nicht erteilt werden.

3 Antragsdatum / Beginn

Der Vertrag darf nicht später als drei Monate nach Antragstellung beginnen.

4 Vorlagerichtlinien

Sämtliche Risiken sind vorlagepflichtig.

5 Untersuchungsgrenzen

Versicherungs-technisches Eintrittsalter	Versicherungssumme		
	ab 75.000 EUR	ab 150.000 EUR	ab 250.000 EUR
bis 49 Jahre	ohne Unter-suchung	ohne Unter-suchung	U-Gruppe I, II, III und IV
50–55 Jahre	ohne Unter-suchung	U-Gruppe I, II und III	U-Gruppe I, II, III und IV
über 55 Jahre	U-Gruppe I, III und IV	U-Gruppe I, II, III und IV	U-Gruppe I, II, III und IV

Die Untersuchungsgrenzen entsprechen denen der Basler Lebensversicherung. Die eventuell erforderlichen Formulare „Ärztliche Untersuchung“ (Formularnummer 41 04.03) sowie „Medizinische Risikoprüfung“ (Formularnummer 41 04.12) werden auf Anforderung zugeschickt

6 Zeichnungsrichtlinien

Keine Zeichnung
Gewerbetreibende/Freiberufler mit mehr als fünf Angestellten
Versicherungssummen über 500.000 EUR
Personen mit einem versicherungstechnischen Eintrittsalter über 55 Jahren
Sozietäten und Gemeinschaftspraxen mit einer Karenzzeit von weniger als 28 Tagen
Gewerbetreibende/Freiberufler mit stark schwankender Umsatz-entwicklung, mit Absicherung außerhalb des Fixkostenanteils
Existenzgründer, bei denen die Versicherungssumme die fixen Betriebskosten und einen geschätzten Gewinn in Höhe von max. 25.000 EUR übersteigt
Fahrlehrer mit Unfallklausel
Inhaber von Handelsbetrieben
Personen mit stark erhöhten Risikofaktoren (z. B. nach Herzinfarkt, Diabetiker, Alkoholiker, Krebskranke, HIV-Positive, Personen mit mehr als 30 % Übergewicht)
Pflegebedürftige Personen
Geisteskranke
Angestellte (ausgenommen Geschäftsführer einer Einmann-GmbH)
Gewerbetreibende mit handwerklicher Tätigkeit
Landwirte
Gastgewerbe
Berufe mit hohem subjektiven Risiko (z. B. Modell, Kioskbetreiber, Künstler usw.)
Makler
Hebamme
Handelsvertreter (ausgenommen sind Agenturen der Basler Versicherungen und des Deutschen Rings)
Absicherung von Negativbedarf
Versicherungssummen unter 25.000 EUR
Verträge mit negativer Bonitätsauskunft (weitere Informationen siehe Merkblatt zur Datenverarbeitung)

European Financial Services
Fachberatung & Maklerservice

Marco Lehmann
Geschäftsführung

Freier-Berater.com – M. Lehmann – Bayerwaldstr. 1 – 94339 Leiblfing

Tel.: 0 94 27/ 95 94 - 81
Fax: 0 94 27/ 95 94 - 82
Mobil: 01 72 / 9 14 39 85

Web: www.freier-berater.com
E-mail: marco.lehmann@freier-berater.com

12.09.2014

Hinweise zur:

Angebotsanfrage Betriebsunterbrechungsversicherung / Praxisausfallversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte verwenden Sie den folgenden Antrag als unverbindliche Angebotsanfrage. Streichen Sie hierzu auf dem Antrag „Neuantrag“ durch und ersetzen Sie es durch „Anfrage“.

Die Anfrage übermitteln Sie uns bitte per Post, Email oder Fax

Basler Securitas
Versicherungs-Aktiengesellschaft

Basler Versicherungen

Registrierungs-Nr.

Chefsache
Antrag auf Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich Tätige

I. Antragsteller, Versicherungsnehmer

bereits Basler Kunde ☐ ja ☐ nein

Geburtsdatum | Nationalität

☐ Neuantrag
☐ Änderungsantrag VS-Nr. ☐ Ersatz für VS-Nr.

☐ Natürliche Person ☐ Juristische Person ☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐ ohne Anrede

Akademischer Titel, Nachname

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Name und Risikoort des zu versichernden Betriebes

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Versicherungsort

☐ GSt./Vermittler ☐ Partner-Nr.

Telefon privat | Telefon geschäftlich

Telefax

E-Mail

ausgeübter Beruf/Branche

Der Betrieb besteht seit

II. Laufzeit / Zahlung

Versicherungsbeginn 0.00 Uhr

Versicherungsablauf 0.00 Uhr: 01.04.

Zahlungsweise	☐ 1/12	☐ 1/4	☐ 1/2	☐ 1/1
Zuschlag	5 %	5 %	3 %	0 %

Der Vertrag kann durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit beendet werden. Die Kündigung muss spätestens 3 Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; andernfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Laufzeit weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

III. Einzugsermächtigung

Bis zum jederzeit möglichen Widerruf ist die Basler Securitas ermächtigt, die Abbuchung der fälligen Prämie von folgendem Konto zu veranlassen:

Bankleitzahl | Konto-Nr. | Geldinstitut – Name und Ort ggf. Zweigstelle

Kontoinhaber – nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller

Nachname | Vorname

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder von der getroffenen Vereinbarung ab, kann die Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft die Prämie – unabhängig von dem Bestehen eines Widerspruchsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns einziehen.

IV. Vorversicherungen / Vorschäden

	ja*	nein
1. Bestehen oder bestanden für die zu versichernde Person bereits Betriebsunterbrechungs-Versicherungen bei Krankheiten und/oder Unfall oder sind weitere beantragt?	☐	☐
2. Bestehen oder bestanden für den zu versichernden Betrieb bereits Betriebsunterbrechungs-Versicherungen infolge Sachschäden?	☐	☐
3. Ist für die zu versichernde Person im Rahmen der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ein Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart? Wenn ja, unten bitte die Höhe des Tagegeldes angeben.	☐	☐
4. Wurden Anträge auf Betriebsunterbrechungs-, Lebens-, Kranken-, Unfall- oder Berufsunfähigkeits(-zusatz)-Versicherungen abgelehnt oder nur mit Erschwerung angenommen?	☐	☐
5. Traten zu einer der vorgenannten Versicherungen in den letzten fünf Jahren Schäden auf?	☐	☐

*** Mit „Ja" beantwortete Fragen bitte nachstehend erläutern!**

Art des Vertrages	Versicherer	Vers.-Nr.	Vers.-Summe/Tagegeld	Beginn und Ablauf	Schaden (-art, -tag, -höhe), vom Versicherer gezahlte Entschädigungen (EUR)

Reicht der vorgesehene Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte ein Beiblatt verwenden.

V. Fragen an die zu versichernde Person

1. Risikobeschreibung

1.1 Name der zu versichernden Person (sofern nicht Antragsteller)
Nachname | Vorname ausgeübter Beruf/Titel | Geburtsdatum | männl. ☐ | weibl. ☐

1.2 Die zu versichernde Person ist freiberuflich und nicht in abhängiger Stellung tätig? ☐ ja ☐ nein

1.3 Gehört die zu versichernde Person einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Sozietät oder einer Bürogemeinschaft an? ☐ ja ☐ nein

1.4 Anzahl der Beschäftigten? _____ davon _____ Fachkräfte mit gleicher Ausbildung wie die zu versichernde Person

1.5 Haben Sie eine Vertretung? ☐ nein ☐ ja, durch

1.6 Sind Sie Mitglied einer berufsständischen Organisation? ☐ nein ☐ ja, bei

1.7 Sind Sie Mitglied einer Berufsgenossenschaft? ☐ nein ☐ ja, bei

1.8 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf, Freizeit, Hobby oder beim Sport ausgesetzt?

1.8.1 z.B. als Flieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Rennfahrer; durch Umgang mit radioaktiven oder explosiblen Stoffen? ☐ nein ☐ ja

1.8.2 durch längere Tropenaufenthalte? (wenn „ja": wo/wann/wie lange?) ☐ nein ☐ ja

2. Gesundheitsfragen

2.1 Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund und nicht arbeitsunfähig? ☐ ja ☐ nein, weil

2.2 Welcher Arzt (z. B. Hausarzt) oder Behandler ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert und wird gewöhnlich auch konsultiert?

☐ **Keiner (ausschließlich anzukreuzen, falls kein Arzt oder Behandler benannt werden kann)**

Original für Basler Securitas

2.3 Die Beantwortung der Fragen 2.3.1 bis 2.3.17 ist unerlässlich, sofern keine ärztliche Untersuchung erforderlich ist.
(Sofern kein anderer Zeitraum angegeben ist, beziehen sich die Fragen auf die vergangenen 10 Jahre.)

2.3.1 Waren Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? ☐ja ☐nein

2.3.2 Waren Sie jemals wegen Beschwerden oder Krankenheiten der Psyche, des Rückens, des Bewegungsapparats, des Herzens, des Kreislaufs oder einer Krebserkrankung in ärtzlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung? ☐ja ☐nein

2.3.3 Wurden Sie jemals wegen einer Sucht bzw- Abhängigkeitserkrankung ärztlich beraten oder behandelt? ☐ja ☐nein

2.3.4 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? ☐ja ☐nein

a) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Venenentzündung, Schlaganfall)? ☐ja ☐nein

b) an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, berufsbedingte Atemwegsprobleme)? ☐ja ☐nein

c) an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)? ☐ja ☐nein

d) an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)? ☐ja ☐nein

e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht)? ☐ja ☐nein

f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)? ☐ja ☐nein

g) durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis)? ☐ja ☐nein

h) der Psyche, des Gehirns oder Nervensystems (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, Suizidversuch, Epilepsie, Multiple Sklerose)? ☐ja ☐nein

2.3.5 Nehmen oder nahmen Sie Drogen, Medikamente, Betäubungs-, Rauschmittel oder werden oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? ☐ja ☐nein

2.3.6 Haben Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ☐ja ☐nein

2.3.7 Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? ☐ja ☐nein

2.3.8 Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeuten)? ☐ja ☐nein

2.3.9 Sind oder waren Sie wegen Rückenbeschwerden (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Abnutzung, rheumatische Beschwerden) in physiotherapeutischer Behandlung? ☐ja ☐nein

2.3.10 Haben oder hatten Sie Beschwerden der Knochen, Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern, Bänder, Sehnen (z. B. Abnutzung, Arthritis, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)? ☐ja ☐nein

2.3.11 Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Allergien, Neurodermitis (z. B. Heuschnupfen, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte) oder sonstigen Erkrankungen der Haut? ☐ja ☐nein

2.3.12 Haben oder hatten Sie eine sonstige Sehstörung oder eine Erkrankung der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer oder grüner Star)? ☐ja ☐nein

2.3.13 Haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Rechts links ☐ja ☐nein

2.3.14 Haben oder hatten Sie eine Hörstörung oder Ohrensausen (Tinnitus)? ☐ja ☐nein

2.3.15 Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? ☐ja ☐nein

Wenn ja, welches / auf Grund welches Leidens? Art der Anerkennung? (MdE, WDB, GdB – Bitte Rentenbescheid beifügen)

2.3.16 Beziehen oder bezogen Sie jemals eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt? ☐ja ☐nein

Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?

2.3.17 Geben Sie bitte Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an: _____ cm _____ kg

Wird eine der Fragen unter 2.3.1 bis 2.3.16 mit „Ja“ beantwortet, geben Sie bitte genaue Auskunft über:

Art der Krankheit, Operation, Verletzung, Behandlung	von – bis	heutige Folgen	behandelnder Arzt mit Anschrift

Reicht der vorgesehene Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, so ist ggf. ein weiteres Blatt zu verwenden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an die Basler Securitas Versicherungs-Gesellschaft, Basler Str. 4, 61345 Bad Homburg, nachzureichen.

Wünschen Sie nachträgliche Angaben zu machen? ☐ja ☐nein

Ist für die Fragen unter IV oder 2.3 ein Beiblatt verwendet worden? ☐ja ☐nein

VI. Versicherungsumfang und Prämienberechnung

1. Ermittlung der Versicherungssumme

Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Zeit

vom _____ bis _____

1.1	**Gewinn vor Steuern**	EUR
1.2	**Weiterlaufende Kosten**	EUR
	Summe aus 1.1 und 1.2	EUR
	./. versichertes Krankentagegeld	EUR
1.3	**gewünschte Versicherungssumme**	EUR

2. Ermittlung des Gesamtprämiensatzes

2.1	**Karenzzeit** ☐ 14 ☐ 21 ☐ 28 ☐ 40 Tage	**Nettoprämiensatz lt. Tarif** ‰
2.2	**Vereinbarte Klauseln**	**Prämienzuschlag lt. Tarif**
	☐ BB 001	‰
	☐ BB 002	‰
	☐ BB 003	‰
2.3	**Gesamtprämiensatz (netto)**	‰

3. Prämienberechnung

3.1	Versicherungssumme	EUR	X Gesamtprämiensatz (netto)	‰	= Nettoprämie p.a.	EUR
3.2	ggf. zuzüglich Ratenzahlungszuschlag					EUR
3.3	Jahresprämie inkl. der derzeit geltenden Versicherungssteuer und ggf.Ratenzahlungszuschlag					EUR
3.4	Prämie gemäß Zahlungsweise inkl. der derzeit geltenden Versicherungssteuer und ggf. Ratenzahlungszuschlag					EUR

VII. Abschlusserklärungen, Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Erklärungen und die allgemeinen Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsschutz und den Vertragsgrundlagen. Die Erklärungen enthalten das Merkblatt und die Einverständniserklärung zum Datenschutz, die Belehrung über das Widerrufsrecht und dessen Folgen sowie die Hinweise auf die Obliegenheiten vor Vertragsschluss und im Schadenfall. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie alle Erklärungen und Vertragsbestimmungen an. Die aufgeführten Erklärungen gelten als gegeben. Eine Durchschrift des Antrages wird mir sofort nach der Unterzeichnung ausgehändigt.

Mir ist bekannt, dass der beitragspflichtige Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufspflicht beginnt und frühestens mit Eingang des Widerrufs endet.

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung (z.B. im Schadenfall) zu Zwecken der Vertragsverwaltung und –abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden bezieht und nutzt.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

Ort und Datum	Unterschrift des Antragvermittlers	Unterschrift des Antragstellers und Kontoinhabers

Unterschrift der zu versichernden Person, sofern nicht Antragsteller	Unterschrift des Kontoinhabers, sofern nicht Antragsteller

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

1. **Schweigepflichtentbindungserklärung**

   Wir erheben personenbezogene Gesundheitsdaten nur, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und Sie bzw. die versicherte Person ihre Einwilligung gegeben hat.

   Zum Zweck der Risiko- bzw. Leistungsprüfung befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – folgende Personen und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft, die für die Risiko- und Leistungsprüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen:

   – Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen ich in Behandlung, Beratung oder Pflege war (vor Antragsannahme) oder sein werde, Sozialversicherungsträger unter Befreiung von den Beschränkungen der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X,

   – Angehörige der von mir angegebenen anderen Unfall-, Kranken- und Lebensversicherer sowie Betriebsunterbrechungs-Versicherer bei denen ich innerhalb der letzten 5 Jahre versichert war, noch bin oder bei denen ich einen Antrag auf Versicherung gestellt habe oder hatte, einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten.

   Die Angehörigen der Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft selbst entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- bzw. Leistungsprüfung an ihre beratenden, externen Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.

   Die Schweigepflichtentbindung gilt bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss für die Risikoprüfung sowie im Leistungsfall auch über meinen Tod hinaus.

   Ich werde über jede, von der Basler Securitas Versicherungs- Aktiengesellschaft, im Rahmen der Schweigepflichtentbindung, gestellte Anfrage vorab informiert. Ich habe die Möglichkeit, einzelnen Anfragen zu widersprechen. In diesem Fall wird die Anfrage zurückgezogen und nicht verwertet.

   Bitte beachten Sie, dass ein Widerspruch zur Anfrage ggf. keine oder eine verzögerte Antragsannahme oder der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern Sie uns nicht anderweitig einen geeigneten Nachweis erbringen.

   Ich kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn ich in die einzelne Erhebung eingewilligt habe.

   Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative auch zu einer Verzögerung der Antragsannahme oder der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich auf Grund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung wird die Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft im Einzelfall eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 10 EUR verlangen. Sofern ich jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt diese Alternative wählen möchte, werde ich dies schriftlich erklären.

Allgemeine Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsschutz

1. **Monatliche Zahlungsweise** ist ausschließlich im Lastschriftverfahren möglich. Wird die zu zahlende Prämie in anderer Form gezahlt, so erfolgt automatisch Umstellung auf 1/4-jährliche Zahlungsweise.

   Die zu zahlende Prämie wird über Datenverarbeitungsprogramme errechnet. Deshalb können sich geringe Rundungsdifferenzen im Versicherungsschein bzw. in der Rechnungsschreibung ergeben.
2. Alle **Änderungen in der Berufstätigkeit** während der Versicherungsdauer sind unverzüglich anzuzeigen. Gleiches gilt auch für den Fall, daß die Berufstätigkeit nicht mehr freiberuflich ausgeübt wird, sondern in abhängiger Stellung.
3. Die selbstständige Abgabe von **Deckungszusagen** ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherer. Nebenanreden sind für den Versicherer nur dann verbindlich, wenn sie von ihm schriftlich genehmigt sind.

Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

1. Bedingungen für die Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich Tätige (BUFT 2006 – Fassung 2008) und die im einzelnen festgelegten Klauseln und besonderen Bedingungen.
2. Diese Bedingungen sind mit dem Antrag fest verbunden.
3. Welche Klauseln für den Vertrag gelten, ergibt sich aus Antrag und Versicherungsschein.

II. BUFT – Chefsache Tarif

1 Tarifgruppen

1.1 Tarifgruppe 1

→ niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen (ohne Tierarzt, Psychotherapeut, Psychiater – Tarifgruppe 2)
→ Dentist / Zahnarzt

1.2 Tarifgruppe 2

Alle im Sinne des Einkommensteuergesetzes von den Finanzämtern als freiberuflich anerkannten Berufe.

Beispiele:
→ Anwalt
→ Apotheker
→ Architekt
→ Bademeister (medizinischer)
→ Bauzeichner
→ Bildberichterstatter
→ Buchprüfer (vereidigt)
→ Consultant (Unternehmensberatung)
→ Ergotherapeut
→ Graphiker
→ Gutachter
→ Heilpraktiker
→ Ingenieur
→ Journalist
→ Logopäde
→ Lotse
→ Masseur
→ Notar
→ Physiotherapeut
→ Psychotherapeut
→ Rechtsanwalt
→ Steuerberater
→ Steuerbevollmächtigter
→ Tierarzt
→ Unternehmensberater
→ Vermessungsingenieur
→ Wirtschaftsprüfer

1.3 Tarifgruppe 3

ausgesuchte Gewerbetreibende ohne handwerkliche Tätigkeit

→ Alten- und Krankenpfleger
→ Designer
→ Dolmetscher
→ Fahrlehrer
→ Fotograf
→ Fußpfleger
→ Handelschemiker
→ Kameramann (auf Anfrage)
→ Kosmetiker (keine Friseure)
→ Optiker (ohne Handelsanteile)
→ Programmierer
→ Softwareentwickler
→ Trainer (in Verbänden organisiert, nicht für den Sportbereich)
→ Werbefachmann /-frau

2 Eintrittsalter

Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

3 Prämiensätze

3.1 Tarifgruppe 1

Eintrittsalter	Karenztage				
	7	14	21	28	40
bis 40 Jahre	17,8	12,4	9,5	8,9	7,3
41–50 Jahre	19,4	13,6	10,4	9,8	8,0
51–55 Jahre	26,9	18,8	14,3	13,5	10,9

3.2 Tarifgruppe 2

Eintrittsalter	Karenztage				
	7	14	21	28	40
bis 40 Jahre	–	14,2	11,4	10,2	8,3
41–50 Jahre	–	15,6	12,6	11,3	9,0
51–55 Jahre	–	21,6	17,2	15,5	12,6

3.3 Tarifgruppe 3

Eintrittsalter	Karenztage				
	7	14	21	28	40
bis 40 Jahre	–	17,7	13,6	12,7	10,4
41–50 Jahre	–	19,5	14,9	14,0	11,3
51–55 Jahre	–	27,0	20,4	19,4	15,7

4 Zuschläge

Einschluss der Klauseln:

BB 001 – Endalter 65 Jahre	10 % Zuschlag aus dem Nettoprämiensatz
BB 002 – Endalter 70 Jahre	20 % Zuschlag aus dem Nettoprämiensatz
BB 003 – Unfall	2 ‰ Erhöhung des Nettoprämiensatzes

5 Rabatte

Die Prämiensätze sind nicht rabattierbar. Auch ein Laufzeitrabatt darf nicht gewährt werden.

Prämienberechnungsbeispiel

Berechnung für
→ einen niedergelassenen Arzt → 38 Jahre → 21 Karenztage → 100.000 EUR Versicherungssumme → einschließlich Klausel BB 001 und BB 003

Grundprämiensatz	9,50 ‰
Klausel BB 001 (Endalter 65)	0,95 ‰
Klausel BB 003 (Unfall)	2,00 ‰
Gesamtprämiensatz	**12,45 ‰**

Berechnung:
100.000 EUR × 12,45 ‰ = 1.245 EUR
zuzüglich der geltenden Versicherungssteuer