

## Anfrageformular - Betriebsunterbrechungsversicherung für Mitglieder der Ärztekammer für Wien (BUFT)

Nachname ..... Vorname .....

Titel ..... Geb.Dat. ....  w  m  
(TT MM JJJJ)

Fachrichtung .....

Adresse .....  
(Ordinationsadresse bzw. falls keine Ordination besteht, dann Angabe der Privatadresse)

E-Mail .....

Telefon ..... Fax .....

Ich habe eine .....  der Vertrag ist aufrecht  
 BUFT-Vers: (Versicherer)  wurde bei Ablauf gekündigt  
 wurde im Schadenfall gekündigt

Polizzen Nr. ....

### Ich bin niedergelassene(r) Ärztin / Arzt

Jahresumsatz EUR ..... variable Kosten ..... in % vom Umsatz

Falls der Umsatz nicht bekannt ist, geben Sie bitte den gewünschten Tagsatz EUR ..... an.  
 Der Tagsatz wird an 5 Tagen pro Woche, also an 250 Tagen pro Jahr bezahlt.

### Ich bin angestellte(r) Ärztin / Arzt

EUR ..... Geben Sie hier den Brutto-Jahresbetrag aller Sonderklassegebühren,  
 Überstunden inkl. Zuschlägen, Nachtdienste, Sonn- und Feiertags- sowie ev. Schichtdienste an.

Falls dieser Betrag nicht bekannt ist, geben Sie bitte den gewünschten Tagsatz EUR ..... an.  
 Der Tagsatz wird an 7 Tagen pro Woche, also an 360 Tagen pro Jahr bezahlt.

### Ich arbeite in einer Gruppenpraxis

In diesem Fall erfordert eine Berechnung zunächst einige Abklärungen. Wir werden mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um Ihre Situation individuell besprechen zu können.

## So kommen Sie zu Ihrer Berechnung bzw. zu einem Beratungstermin

Senden Sie Ihre Anfrage

per Post benefit consulting gmbh, 1010 Wien, Krugerstraße 13/4. OG

per Fax (01) 532 56 66 – 22

per E-Mail spezialprodukte@benefit.at

**Wunschtermin für eine Beratung** am ..... um .....Uhr