

Anfrageformular - Haftpflichtversicherung für Mitglieder der Ärztekammer für Wien

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 private Haftpflichtvers.
Versicherer

Ich habe eine Ärzte- Haftpflichtvers.
Versicherer

Eigenes Kfz vorhanden ja nein

Berufliche Tätigkeiten (gegebenenfalls bitte mehrfache Angaben machen)

Ärztin/Arzt in Ausbildung
voraussichtliches Ende der Ausbildung

Angestellte(r) Ärztin/Arzt
 nebenberufl. Tätigkeit (nicht - medizinische Tätigkeit, wie z.B. Verkauf von Kontaktlinsen) Umsatz ca. EUR pro Jahr

medizin. nebenberufl. Tätigkeit (z.B. 5 Std. Wahlarzt) Umsatz ca. EUR pro Jahr

niedergelassene(r) Ärztin/Arzt Anzahl Beschäftigte

eigene Praxis

Gemeinschaftspraxis

nebenberufl. Tätigkeit (z.B. Handel mit medizinnahen Produkten, Hausapotheke, Gutachten) Umsatz ca. EUR pro Jahr

So kommen Sie zu weiteren Informationen 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 umUhr