



Antrag bitte ausdrucken und portofrei absenden - Wir kümmern uns um alles Weitere.

Fragen zum Drucken, Ausfüllen oder Versand des Antragsformulars ?

Kostenfreie Hebammenhotline 0800 / 299 24 24 anrufen.

Bitte an folgende Adresse senden oder faxen

**Gültzow & Co.
Friedrichstraße 41
15537 Erkner**

**Faxnummer :
03362 / 298 4445**

Antrag auf eine Berufshaftpflicht

Persönliche Daten

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

Email (optional)

Versicherungstyp auswählen

► ohne Geburtshilfe
nur 170,-

Deckungssumme
3 Mio. Euro pauschal

zzgl. Privathaftpflichtversicherung für Singles

zzgl. Privathaftpflichtversicherung für Familien

Vetragsbeginn Vertragslaufzeit 12 Monate. Automatische Vertragsverlängerung um ein Jahr. Kündigungsfrist 3 Monate.

Einzugsermächtigung / Vertragsdaten

Kontonummer

Bankleitzahl

Name der Bank

Zahlweise 1 jährlich 1/2 jährlich 1/4 jährlich

Zur Zeit versichert bei

Versicherungsscheinr.

Endet am

Verband

Mitgliedsnummer (wenn vorhanden)

Wurden gegen Sie in den letzten 5 Jahren Schadensersatzansprüche aus Ihrer beruflichen Tätigkeit geltend gemacht?

Bei JA, Schadenshöhe und Schadenshergang bitte auf extra Blatt erklären.

JA

NEIN

Hinweis: Wird festgestellt, daß falsche Angaben zur Versicherung gemacht wurden, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

Vollmacht zur Kündigung meiner bestehenden Versicherung

Vollmacht zur Kündigung der Mitgliedschaft meines Verbandes.

Datum

Unterschrift