

## Fragebogen "Cosmetics"

### Berufshaftpflichtversicherung für Kosmetiker/innen und Studios

„Ausgabe 07-2018“

#### 1) Antragssteller

Name und Adresse des Antragsstellers

#### 2) Versicherungsbeginn und Vertragsdauer

- |   |                                 |                                   |                                   |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a) Vertragsbeginn                                       |                                 |                                   |                                   |
| b) Vertragsdauer<br>(*inkl. jährlichem Kündigungsrecht) | <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 3 Jahre* | <input type="checkbox"/> 5 Jahre* |
| c) Gewünschte Versicherungssumme                        | <input type="checkbox"/> 1 Mio. | <input type="checkbox"/> 2 Mio.   | <input type="checkbox"/> 3 Mio.   |
| d) Gewünschter Selbstbehalt                             | <input type="checkbox"/> 1'000  | <input type="checkbox"/> 3'000    | <input type="checkbox"/> 5'000    |

#### 3) Versicherte Tätigkeit

a) Tätigkeitsgebiet

##### „Kategorie 1“ Behandlungen ohne Laser

(Naildesign, Maniküre, Pediküre, Coiffeur, Schminken, Wimpernverlängerung)

Ja  Nein

##### „Kategorie 2“ Behandlungen mit Laser

Versichert sind ausschliesslich die nachstehend aufgeführten Behandlungen. Führen Sie einer dieser Behandlungen aus?

Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an welche:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Akne  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Cellulite und Fettpolster   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Couperose, Blutschwämmchen und Spinnennävi<br>(kleiner 3 mm und nicht in Augennähe) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Falten  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Narben  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Nagelpilz   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Postinflammatorische Hyperpigmentierung   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Striae  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Entfernung von Haaren   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Entfernung von Permanent Make-up (nicht in Augennähe)                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Entfernung von Tätowierungen mittels nicht ablativen Lasern<br>(nicht in Augennähe) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Akupunktur mittels Laser  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Nicht als versicherte Tätigkeiten gelten in jedem Fall:**

- jegliche chirurgische Handlung;
- Anbringen von Permanent Make-Up und Tattoos;
- Plasma Pen Behandlungen (hooded eyelid correction)

- b) Patientenaufklärung  
Stellen Sie sicher, dass die Patientenaufklärung ordnungsgemäss sowie rechtsgenügend stattfindet und dokumentiert wird?  Ja  Nein

**4) Versicherte Personen**

- a) Anzahl zu versichernde Personen in Stellenprozent \_\_\_\_\_
- b) Haben alle zu versichernden Personen eine für die Behandlung(en) anerkannte Ausbildung?  Ja  Nein  
Bitte entsprechende Diplome/Sachkundenachweise aller versicherten Personen beilegen.

**5) AllRisk-Versicherung**

- a) Wünschen Sie eine AllRisk-Versicherung?  Ja  Nein  
*(Wenn nein, müssen Sie die Frage 5 nicht beantworten)*

- b) Praxisinventar (Vollwert) \_\_\_\_\_  
inkl.

- Elektronisch medizinische Apparate mit Einzelwert bis CHF 250'000
- Sachen in Zirkulation (inkl. Notfallkoffer) CHF 2'000
- Bargeld, Wertsachen und Checks in einfacher Aufbewahrung und Beraubung CHF 5'000
- Besondere Sachen, Kosten und Erträge wie Räumung und Entsorgung/Schlüsseleratz und -änderung/ Freilegung von geborstenen Leitungen/ Wiederherstellungskosten max. 20% der Inventarsumme

- c) Elektronisch medizinische Apparate mit Einzelwert über CHF 250'000 \_\_\_\_\_

- d) Sachen in Zirkulation über CHF 2'000 \_\_\_\_\_

- e) Besondere Sachen, Kosten und Erträge über 20% der Inventarsumme \_\_\_\_\_

- c) **Betriebsunterbrechung**  
Praxisumsatz \_\_\_\_\_

**d) Risikofragen AllRisk**

Bestehen für die versicherten Standorte die folgenden Sicherheitseinrichtungen?

- Alarmanlage  Ja  Nein
- Feuermelder  Ja  Nein
- Sprinkleranlage  Ja  Nein
- Ist das Gebäude von massiver Bauart?  Ja  Nein

## 6) Risiko-Vorkenntnisse

Besteht oder bestand eine der beantragten Versicherungen für den Antragsteller?

Ja

Nein

Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_

Versicherungssumme

\_\_\_\_\_

Selbstbehalt

\_\_\_\_\_

Prämie

\_\_\_\_\_

Wurde dem Antragsteller je ein Antrag für eine der beantragten Versicherungen abgelehnt?

Ja

Nein

Wurde dem Antragsteller je ein Vertrag gekündigt oder die Verlängerung abgelehnt?

Ja

Nein

Anzahl gemeldeter Schadenfälle / Schadenbetrag für die letzten 5 Jahre

\_\_\_\_\_

Ist dem Antragsteller nach Rückfrage ein Umstand bekannt, der zu einem Schaden führen könnte?

Wenn ja, bitte Details angeben.

Ja

Nein

---

## 7) Schlussbemerkungen und Unterzeichnung

Dieser Fragebogen ist durch eine unterschriftsberechtigte Person zu unterzeichnen.

Der Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen und Gefahrentatsachen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben. Er verpflichtet sich, alle wesentlichen Änderungen, die sich vor dem Abschluss der Versicherung ergeben, den Versicherern mitzuteilen.

Die Unterschrift verpflichtet nicht zum Abschluss einer Versicherung. Es ist jedoch vereinbart, dass bei einem Abschluss dieser Fragebogen, die Anhänge und alle zusätzlichen Informationen zu einem Bestandteil der Police werden.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Rechtsgültige Unterschrift

\_\_\_\_\_

Name der unterzeichnenden Person

\_\_\_\_\_