Bitte von der Versicherung oder Versicherungsagentur ausfüllen lassen!

Erklärung zum Nachweis einer ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung

Wir erklären hiermit, dass für Herrn/Frau

……..

ab/seit dem ……..

eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen ist, die auch in ausreichendem Umfang die Tätigkeit als Ärztin / Arzt im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst im Sinne des § 75 Sozialgesetzbuch V) umfasst.

Name und Ort des Versicherungsunternehmens:

……

Versicherungsschein-Nr.:

……..

Wir erklären, dass Herr/Frau

……
sämtlichen Verpflichtungen aus dieser Versicherung nachgekommen ist und Versicherungsschutz besteht.

……. ……

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift und Stempel der Versicherung/ des Versicherungsvertreters

Ärztliche Dispositionszentrale

Tel 069 24741-7434
Fax 0561 7008-4111
bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Dispositionszentrale
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
www.kvhessen.de

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT