

Bestätigung über den bestehenden Versicherungsschutz beim Dienstherrn/Arbeitgeber

Name Dienstherr/Arbeitgeber _____

Strasse Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Name Mitarbeiter/in _____

Strasse Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wir bestätigen, dass _____ für die dienstliche Tätigkeit über einen Haftpflicht-
versicherungsvertrag des Arbeitgebers/ Krankenhasträgers abgesichert ist.

Der Vertrag besteht bei (Versicherer) _____

Die Vertragsnummer lautet _____

Hiermit ist die **Haftpflicht** aus (Mehrfachnennungen möglich):

dienstlicher

freiberuflicher

außerdienstlicher (z.B. Notfalldienst, Erste-Hilfe-Leistungen am Unfallort, Freundschaftsdienste im Bekannten-
kreis; ggf. nähere Angaben unter Hinweise)

ärztlicher Tätigkeit versichert.

Drittschäden (z.B. ggü. Patienten, Besuchern, Lieferanten):

Der Dienstherr/Arbeitgeber **nimmt Regress** bei grob fahrlässig verursachten Drittschäden.

Der Regress ist maximiert auf _____ Brutto-Monatseinkommen.

Der Dienstherr/Arbeitgeber **nimmt keinen Regress** bei grob fahrlässig verursachten Drittschäden

Der (Berufs-) Haftpflicht-Versicherer des Dienstherrn/Arbeitgebers hat sich erklärt, im Haftpflichtfall keinen Re-
gress gegen den Mitarbeiter durchzuführen.

Schäden am Eigentum des Dienstherrn/Arbeitgebers:

Schäden am Eigentum des Dienstherrn/Arbeitgebers werden in Anlehnung an die arbeitsrechtliche Rechtspre-
chung regressiert.

Der Regress ist maximiert auf _____ Brutto-Monatseinkommen.

Hinweise:

