



**BERLIN**

*Besser. Gemeinsam. Wirken.*

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

---

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Ärztlicher Bereitschaftsdienst  
Büro ÄBD  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Ich versichere hiermit das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung, deren Versicherungsschutz die Tätigkeit im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes einschließt.

Jede Änderung des Versicherungsumfangs, die Auswirkung auf meinen Versicherungsschutz bezüglich des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes hat, teile ich der KV Berlin umgehend mit.

Name:

\_\_\_\_\_

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Vorname:

\_\_\_\_\_

Bitte in Druckschrift ausfüllen

BSNR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift