

## Cyber-Versicherung

**Bitte füllen Sie alle Felder aus:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Ihr Landesverband: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon eine Cyber-Versicherung für Ihren Praxisbetrieb?

ja, bei \_\_\_\_\_  nein

Anzahl Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ Jahreshonorarumsatz: \_\_\_\_\_

Telefonisch am besten zu erreichen am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

Mit dem Absenden des Dokumentes erkläre ich mich damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH meine angegebenen Daten zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzterverband nutzt. Die GVP leitet im Anschluss meine Kontaktanfrage und die zur Vertragserfüllung erforderlichen Daten an die die PP Business Protection GmbH und die Hiscox SA weiter. Darüber hinaus erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte.

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP mir unter Nutzung der hiermit überlassenen E-Mail-Adresse weitere interessante Informationen zusendet. Ich kann dieser Nutzung und Zusendung ohne Angabe von Gründen und jederzeit per E-Mail an [gvp@haev.de](mailto:gvp@haev.de) widersprechen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail oder per Fax an:**



[gvp@haev.de](mailto:gvp@haev.de)



02203 977 88-21