

Berufsverband Deutscher Anästhesisten  
 - Versicherungsreferat -  
 Roritzerstr. 27  
 90419 Nürnberg

Funk Hospital-Vers.makler GmbH  
 Funk Ärzte Service  
 Valentinskamp 20, 20354 Hamburg  
 fon +49 40 35914-0, fax -423

## Beitrittserklärung zur Unfall-Versicherung der Ärzte (UVÄ)

Hiermit trete ich der beim BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN bestehenden Unfall-Versicherung für Ärzte bei. Versichert werden sämtliche Unfälle des täglichen Lebens.					
Ich wünsche folgende Versicherungssumme (angegeben sind die Jahresprämien einschließlich Versicherungssteuer):					
<input type="checkbox"/>	50.000 € im Todesfall 225.000 € im Invaliditätsfall 20 € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	333,40 €	<input type="checkbox"/>	300.000 € im Invaliditätsfall 25 € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	369,30 €
<input type="checkbox"/>	110.000 € im Todesfall 450.000 € im Invaliditätsfall 25 € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	666,80 €	<input type="checkbox"/>	550.000 € im Invaliditätsfall 75 € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	738,60 €
<input type="checkbox"/>	250.000 € im Todesfall 540.000 € im Invaliditätsfall 20 € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	918,10 €	inkl. verbesserter Gliedertaxe für Ärzte/inkl. Doctor's Card (Assistance-Leistungen im Ausland)		
Zahlungsweise: jährlich					

**Beitragsfrei mitversichert:** Bergungskosten bis 20.000 €, kosmetische Operationen bis 20.000 €, Rehabilitationsbeihilfe von 2.500 €, Sofortleistungen bei Schwerverletzungen von 6.000 €

Versicherungsbeginn: (ab Antragseingang oder zum später angegebenen Zeitpunkt)

Der Vertrag wird bis zum 1. 1. des übernächsten Jahres abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend weiter von Jahr zu Jahr, wenn er nicht 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Name und Anschrift des/der Antragstellers/in und versicherten Person

männlich     weiblich    Geburtsdatum    Telefon-Nr.

Bezugsberechtigter (Bezugsberechtigung im Todesfall: Bei Kindern unter 18 Jahren und wenn kein Bezugsberechtigter eingetragen ist, gilt die gesetzliche Erbfolge.)

Ich bin gesund     ja     nein    Besteht ein Invaliditätsgrad?     ja,    %     nein

Anderweitige Unfall-Versicherungen bestehen oder bestanden oder sind beantragt:  
 Versicherungsgesellschaft:    Versicherungsschein-Nr.

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige ACE European Group Ltd. bis auf Widerruf, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen:  
Konto-Nr. (kein Sparkonto)                      Name und Ort des Geldinstitutes                      Bankleitzahl

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Die Beitrittserklärung sende ich an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, Funk Ärzte Service, Valentinskamp 20, 20354 Hamburg. Mit Eingang der Beitrittserklärung dort besteht vorläufiger, rechtsverbindlicher Versicherungsschutz.

Die Besonderen Informationen für Fernabsatzverträge einschließlich der Rechte/Grundlagen des Vertrages, der Widerrufsbelehrung und der Datenschutzklausel **auf der Rückseite** habe ich zur Kenntnis genommen und anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel



## Besondere Informationen für Fernabsatzverträge

### 1 Informationen zum Versicherer

1.1 ACE European Group Ltd. Direktion für Deutschland  
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt am Main  
E-Mail: [info.de@ace-ina.com](mailto:info.de@ace-ina.com)  
WEB: [www.aceeurope.de](http://www.aceeurope.de)  
fon +49 69 75613-0, fax +49 69 75613-252  
Handelsregisternummer: HRB Frankfurt 58029

#### 1.2 Hauptsitz der Gesellschaft:

London, United Kingdom,  
GmbH nach englischem Recht  
Gesetzlicher Vertreter: Lothar Riedle, Frankfurt

#### 1.3 Hauptgeschäftstätigkeit:

- Betrieb sämtlicher Sparten der Sach- und Personen-Versicherung (nicht aber Lebens- oder Rechtsschutz-Versicherungen)
- Geschäft der Rück-Versicherung
- Vertrieb von Versicherung aller Art

#### 1.4 Zuständige Aufsichtsbehörde:

ACE European Group Limited erliegt der Zulassung und Regulierung der englischen Financial Service Authority (FSA) sowie den Regularien der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

### 2 Informationen zum Versicherungsmakler

2.1 Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH  
Funk Ärzte Service  
Valentinskamp 20  
20354 Hamburg  
E-Mail: [info@funk-gruppe.de](mailto:info@funk-gruppe.de)  
Web: [www.funk-gruppe.de](http://www.funk-gruppe.de)  
fon +49 40 35914-0, fax +49 40 35914-423  
Amtsgericht Hamburg, Handelsregistereintrag HRB 66483  
Geschäftsführer: Gerd Liermann, Dr. Dieter Schwanke

#### 2.2 Haupttätigkeit des Unternehmens:

Versicherungsmakler

#### 2.3 Zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Str. 108  
53117 Bonn

### 3 Ombudsmann/Gericht/Recht/Sprache

#### 3.1 Außergerichtliches Beschwerde-/Rechtsbehelfsverfahren:

Sie können das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren des Versicherungs-Ombudsmann e. V. in Anspruch nehmen unter:

[beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de),  
Kronenstraße 12, 10117 Berlin.

Der Versicherungs-Ombudsmann kann Beschwerden bis zu einem Streitwert von 50.000 € behandeln. ACE verpflichtet sich, bei Entscheidungen bis zu einer Höhe von 5.000 € auf die Anrufung eines Gerichts zu verzichten und den Schlichterspruch des Ombudsmannes anzuerkennen.

#### 3.2 Zuständiges Gericht:

Klagen gegen ACE European Group Ltd. können beim zuständigen Gericht in Frankfurt am Main erhoben werden.

ACE kann gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht Klagen erheben.

#### 3.3 Anwendbares Recht/Vertragssprache:

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Die Vertragssprache ist deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

### 4 Wesentliche Vertragsinformationen

4.1 Nicht versichert werden in der Ausübung ihres Berufes bzw. ihrer Tätigkeit: Artisten, Stuntman, Tierbändiger, im Bergbau Untertagetätige, Spreng- und Räumungspersonal sowie Munitionssuchtrupps, Berufstaucher, Berufs-, Vertrags-, und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter).

4.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflege-Versicherung (ab Pflegestufe 2).

Der für diese Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.

#### 4.3 Zustandekommen des Vertrages:

Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, wenn der Versicherer Ihren Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheins angenommen hat und Sie von Ihrem Widerrufsrecht keinen Gebrauch gemacht haben. Das gilt auch, wenn Sie per Internet oder Telefon die Versicherung beantragen.

4.4 Änderungen, wie z. B. nachträglicher Einschluss von Familienmitgliedern/Änderung der Bankverbindung etc. sind ACE European Group Ltd. unbedingt schriftlich mitzuteilen.

#### 4.5 Vertragslaufzeit/Kündigung/Beitrag/Gesamtpreis:

Der Vertrag läuft bis zum übernächsten 1. 1. und verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr. Die produktspezifischen Details zu Vertragslaufzeiten und Kündigungsfristen sowie den von Ihnen zu entrichtenden Versicherungsbeitrag und die Zahlungsmodalitäten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen und/oder Ihrem Versicherungsschein/Versicherungsantrag.

Außer des im Versicherungsschein/Versicherungsantrag genannten Beitrages (inkl. Versicherungssteuer) sind von Ihnen keine Kosten zu tragen.

#### 4.6 Rechtsgrundlage:

Grundlage des Versicherungsvertrages sind die Beitrittserklärung, die Funk Unfall-Versicherungs-Bedingungen für das Ärzte-Programm (2007) Nr. 53 GE 757 412, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Beistandsleistungen bei Unfall, Krankheit und Tod sowie bei anderen Nötfällen (AVBL), die Vereinbarungen zum Funk Ärzte Cover und die Besonderen Vereinbarungen zur Unfall-Versicherung für Ärzte.

### 5 Leistungsbeschreibung

#### 5.1 Invalidität:

Eine Invaliditätsleistung wird gewährt, wenn ein Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) führt. Die Leistung richtet sich nach dem Grad der bestimmten Invalidität.

#### 5.2 Todesfall:

Die für den Todesfall versicherte Leistung wird erbracht, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach einem Unfall an dessen Folgen verstirbt.

#### 5.3 Bergungskosten:

Bis zu 20.000 € werden für Suchaktionen, den Transport zum Krankenhaus oder den Rücktransport von Unfalltoten in die Heimat gezahlt.



## Besondere Informationen für Fernabsatzverträge

### 5.4 Kosmetische Operationen:

Falls unfallbedingte Verletzungen kosmetische Operationen erforderlich machen, werden bis zu 20.000 € hierfür gewährt.

### 5.5 Rehabilitations-Beihilfe:

Sie erhalten eine Einmalzahlung zur freien Verfügung während Ihrer Rehabilitationsmaßnahme, die innerhalb von drei Jahren nach einem Unfall durchgeführt wird, in Höhe von 2.500 €.

### 5.6 Sofortleistungen bei Schwerverletzungen:

Führt ein Unfall zu einer in den Bedingungen aufgeführten schweren Verletzung zahlen wir eine Sofortleistung in Höhe von 6.000 €.

### 5.7 Doctor's Card – Assistance-Leistungen im Ausland bis zu:

- |  |          |
|--|----------|
| • Bevorschussung gegenüber dem Krankenhaus   | 12.500 € |
| • Kostenerstattung der Mehrkosten bei medizinisch notwendiger und ärztlich angeordneter Rückholung gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise bei Krankentransport | 50.000 € |
| • Bevorschussung von Kosten für Honorare/ Medikamente  | 1.000 €  |
| • Organisation von Bergung/Suchaktionen mit Kostenübernahme  | 2.500 €  |
| • Verauslagung als Soforthilfe bei Unfall und Krankheit  | 1.500 €  |
| • Kostenerstattung bei Überführung des Toten oder Bestattung im Ausland  | 5.000 €  |
| • Verauslagung von Reisezahlungsmitteln bei Verlust  | 1.500 €  |
| • Verauslagung von anfallenden Gerichts-, Anwalts- und Dolmetscherkosten und/oder Strafkautionen   | 2.500 €  |
| • Kostenerstattung bei Reiseabbruch/verspätete Rückreise   | 2.500 €  |

## 6 Widerrufsbelehrung

### 6.1 Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung oder zu dem Zeitpunkt, wenn Ihnen alle Vertragsbestimmungen inkl. der Versicherungsbedingungen sowie die bei Fernabsatzverträgen gesetzlich vorgeschriebenen Informationen in Textform vollständig mitgeteilt worden sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ACE European Group Ltd.  
Direktion für Deutschland  
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt am Main  
fax: +49 69 75613-252  
E-Mail: Mitarbeiter-Programme@ace-ina.com

### 6.2 Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Sofern vereinbart ist, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnen soll, ist im Fall eines wirksamen Widerrufs nur der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallende Teil der Beiträge zu erstatten.

### 6.3 Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist (d. h., wenn sofortiger Versicherungsschutz gewährt wurde), bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

## 7 Datenschutz

Sie willigen mit Ihrer Unterschrift auf dem Antrag ein, dass ACE im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, an Rück- und andere Versicherer übermittelt.

Außerdem entbinden Sie hiermit Dritte (z. B. Ärzte) im Leistungsfall von ihrer Schweigepflicht. Details zur Datenverarbeitung finden Sie im Merkblatt zur Datenverarbeitung, das Sie mit den Versicherungsbedingungen erhalten.

## 8 Gültigkeit

Diese Informationen sind bis auf weiteres gültig.

(Aktueller Stand: 03/2007)