

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN
 - Versicherungsreferat -
 Roritzer Str. 27
 90149 Nürnberg

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

Beitrittserklärung zur Elektronik-Versicherung für Anästhesisten

Hiermit trete ich der beim BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN bestehenden Rahmenvereinbarung zur Elektronik-Versicherung bei.

Dieser Rahmenvereinbarung liegen die Allgemeinen Bedingungen für die Elektronik-Versicherung (ABE) sowie die Besonderen Bedingungen zugrunde. Sie werden mit dem Versicherungsschein übergeben.

Angaben zur Person

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers	Mitglieds-Nr.

Telefon

Telefax

E-Mail-Anschrift

Versicherungsschutz und Jahresprämienberechnung

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____, mittags 12 Uhr Vertragslaufzeit: 1 Jahr mit Verlängerung

Gesamtwert der vorhandenen Anlagen und Geräte der Büro- und Medizintechnik: _____ €

Prämiensatz bei 100 € Selbstbehalt, für Ultraschallgeräte jedoch 20 %, mindestens 100 €: _____ 3,5 ‰

Mindestprämie: 150 €

Nettoprämie: _____ €

zzgl. 19 % Versicherungssteuer: _____ €

Gesamtpremie: _____ €

Vorversicherungen und Schäden

Vorversicherer

Versicherungsschein-Nr.

gekündigt zum:

vom Versicherer

vom Versicherungsnehmer

Vorschäden:

ja nein

Falls ja, bitte gesondert erläutern

Die Beitrittserklärung sende ich an den BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN, Nürnberg, der sie nach Prüfung von Mitgliedschaft und Beitragszahlung an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, Funk Ärzte Service, weiterleitet. An diesen Antrag halte ich mich einen Monat gebunden. Im Falle der Annahme verpflichte ich mich, den Versicherungsschein einzulösen. Nach Eingang der Beitrittserklärung bei der Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH erhalte ich von dort eine Deckungsbestätigung, die mir vorläufigen, rechtsverbindlichen Versicherungsschutz bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Einzugsermächtigung

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Prämien bei Fälligkeit vom nachstehenden Konto eingezogen werden:

Name und Ort des Geldinstituts

Bankleitzahl

Konto-Nr. (kein Sparbuch)

Name des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers