

Berufshaftpflichtversicherung für BDA-Mitglieder

- Prämien bleiben konstant ! -

Der BDA hat schon vor einigen Jahren – unter Vermittlung der Funk Hospital-Versicherungsservice GmbH – einen Rahmenvertrag mit dem Bayerischen Versicherungsverband abgeschlossen. Viele BDA-Mitglieder nehmen die Vorteile dieses Vertrages zur Berufshaftpflichtversicherung schon in Anspruch: umfangreiche Leistungen zu besonders günstigen Beiträgen.

In den Allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen (AHB) ist vereinbart, dass ein unabhängiger Treuhänder die Steigerung / Minderung der Schadensquote aller Haftpflichtversicherer eines jeden Jahres gegenüber dem vorvergangenen Jahr ermittelt (§ 8 III AHB). Dieses Jahr ergab sich eine Steigerung der Schadensquote um 5%, so dass jeder Haftpflichtversicherer berechtigt ist, die Versicherungsprämie entsprechend zu erhöhen. Nach unserem Kenntnisstand werden alle Haftpflichtversicherer ab dem 1. Juli 2006 diese Prämienangleichung durchführen; der Versicherungsnehmer hat dann u.U. ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Der Ärzte-Versicherungsdienst konnte den Bayerischen Versicherungsverband dazu bewegen, bei dem BDA-Rahmenvertrag zur Berufshaftpflicht-

versicherung auf diese Prämienangleichung zu verzichten, so dass die Versicherungsprämien nicht erhöht werden.

Wenn Sie an diesem zeitgemäßen, leistungsstarken und günstigen Versicherungsschutz für BDA-Mitglieder interessiert sind, sollten Sie Ihren Versicherungsbedarf ermitteln und die Chance einer individuellen Beratung sowie eines unverbindlichen Angebotes nutzen. Senden Sie bitte dazu das ausgefüllte Antwortfax (Fragebogen: Versicherungsbedarf, Seite 469) an das BDA-Versicherungsreferat oder an die

Funk Hospital-Versicherungsservice GmbH
 Funk Ärzte Service I
 Valentinskamp 20
 20354 Hamburg
 Tel.: 040/359140
 Fax: 040/35914-423.

Nähere Informationen zu dem BDA-Rahmenvertrag sind auch im Internet abrufbar: www.bda.de/downloads/22_ers-service-rechtschutz.pdf. ■

FUNK Hospital-Versicherungsservice GmbH**Funk Ärzte Service I****Valentinskamp 20, 20354 Hamburg****Telefon 040 359 14 -0**

↳ Rückantwort per Fax: 040 / 359 14 423

Fragebogen: Versicherungsbedarf

Bitte prüfen Sie meinen Versicherungsbedarf und senden mir ein unverbindliches Angebot für meine Berufshaftpflichtversicherung nach den Konditionen des BDA-Rahmenvertrages zu:

Mitglieds-Nr. _____ Zu- und Vorname: _____

Straße/Haus-Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr. _____

- A. Sind Sie als **Arbeitnehmer / Beamter in einem Krankenhaus** tätig? ja nein
- leitender Abteilungsarzt (Chefarzt), Kliniks- oder Institutsdirektor ja nein
 - Oberarzt/Funktionsoberarzt ja nein
 - Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung ja nein
 - Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung ja nein

Sind Sie bei einem **niedergelassenen Arzt** angestellt? ja nein

- I. Besteht Versicherungsschutz über den Krankenträger / Praxisinhaber für den dienstlichen Aufgabenbereich?
-
- ja
-
- nein

Wenn ja,

1. ist die grobe Fahrlässigkeit mitversichert?
-
- ja
-
- nein

2. gehören Sie zu einer der folgenden Gruppen: Angestellte Ärzte / Beamte mit einem BAT- oder AVR-Caritas Vertrag/ leitende Ärzte, deren Dienstverträge § 14 BAT bzw. § 5 Abs. 5 AVR Caritas für anwendbar erklären?
-
- ja
-
- nein

3. ist ein Regress b. Fahrlässigkeit durch den Arbeitgeber mitversichert?
-
- ja
-
- nein

4. Falls Ihnen das Liquidationsrecht für wahlärztliche Leistungen
- im Rahmen der Dienstaufgaben*
- eingeräumt ist: Ist diese Tätigkeit mitversichert?
-
- ja
-
- nein

- II. Nebentätigkeiten: Üben Sie eine Nebentätigkeit aus in dem Bereich

1. stationäre wahlärztliche Behandlung/Begutachtungen
-
- ja
-
- nein

2. ambulante Untersuchungen/Behandlungen
-
- ja
-
- nein

3. Gutachten (Anzahl der Gutachten: /jährlich)
-
- ja
-
- nein

4. falls Sie an der Nebentätigkeit eines anderen Arztes mitwirken: Sind Sie dafür durch den Arbeitgeber/den leitenden Arzt versichert?
-
- ja
-
- nein

5. Notarztdienst (Anzahl der Dienste: /monatlich)
-
- ja
-
- nein

- B. Sind Sie
- niedergelassener Arzt**
- ?
-
- ja
-
- nein

- I. Sind Sie nur ambulant tätig?
-
- ja
-
- nein

- II. Behandeln Sie auch stationäre Patienten? (Anzahl d. Tage:/mtl.)
-
- ja
-
- nein

- III. Sind Sie nur auf dem Gebiet der Schmerztherapie tätig?
-
- ja
-
- nein

- IV. Sind Sie in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/Partnerschaftsgesellschaft tätig?
-
- ja
-
- nein

- V. Betreiben Sie ein
-
- OP-Zentrum,
-
- MVZ oder eine
-
- Tagesklinik?
-
- ja
-
- nein

- VI. Es handelt sich um eine
-
- Praxisneugründung
-
- Praxisübernahme
-
- Praxiseinstieg. Niedergelassen seit _____

- C. Üben Sie eine
- andere ärztliche Berufstätigkeit**
- aus?

z.B. als freier Mitarbeiter in einer Arztpraxis / Klinik, als Angestellter im Bereich der Forschung o.ä.

(bitte bezeichnen) _____

- D. Üben Sie
- Nebentätigkeiten im europäischen Ausland**
- aus?
-
- ja
-
- nein

- I. In welchem europäischen Land werden Sie tätig? _____

- II. Art der Tätigkeit (z.B. Notarzt)? _____
-
- ambulant
-
- stationär

- III. Dauer der ärztl. Tätigkeit im Ausland: Anzahl d. Tage: _____ /
-
- mtl.
-
- jährl.

- E. Wurde gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre
- Schadenersatzansprüche**
- aus Ihrer beruflichen Tätigkeit geltend gemacht?
-
- ja
-
- nein

falls ja, bitte gesondert erläutern _____

- F.
- Deckungssummen**
- der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A – D (pro Schadensfall)

Personenschäden: _____ Mio. €, Sachschäden: _____ Mio. €, Vermögensschäden: _____ Mio. €