



Beitrittserklärung

zur Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

Bitte zurücksenden an:

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN
– Versicherungsreferat –
Roritzerstr. 27
90419 Nürnberg

Fax: +49 911 3938195

E-Mail: versicherung@bda-ev.de

Hiermit trete ich der beim BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN bestehenden Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU) bei.

Angaben zur versicherten Person

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Geburtsdatum

Telefon

Telefax

E-Mail-Anschrift

Datum der Praxisgründung:

Praxisform:

Versicherungsbeginn, Versicherungssumme, Tagegeld

Gewünschter Versicherungsbeginn:

Laufzeit: 3 Jahre, mit Verlängerung

Praxisjahresumsatz:

davon fortlaufende Betriebskosten:

€

+

davon mitversicherter Gewinn
(max. 50 % der versicherten Betriebskosten):

€

= Jahres-Versicherungssumme:

€

Versichertes Tagegeld (1/250 der Versicherungssumme):

€

Jahres-Prämiensätze und Jahres-Prämienberechnung

Beantragter Versicherungsschutz	Stufe	Karenztage bei stationärem KH-Aufenthalt	Karenztage bei ambulanter Behandlung	Beitragssatz mit Vorausrabbat
☐	1 *)	3	5	13,44 ‰
☐	2	6	10	12,77 ‰
☐	3	9	15	12,10 ‰
☐	4	12	20	11,42 ‰
☐	5	18	30	10,75 ‰

*) Stufe 1 gilt nicht für Gemeinschaftspraxispartner

Beitrittserklärung

zur Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

Versicherungssumme		€	x		%	=		€
					Zuschlag für Eintritt ab dem 51. Lebensjahr (pro Jahr 5 %)	+		€
					Netto-Endbetrag (zzgl. gesetzlicher Vers.steuer)			€

Angaben über Vorversicherungen oder bestehende oder beantragte Versicherungen bzw. Schäden

Besteht, ist beantragt oder wurde in den letzten drei Jahren beendet: eine Praxisausfall-, Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- oder Berufsunterbrechungs-Versicherung?

☐ ja ☐ nein

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Gekündigt von

Schadenjahr

Schadenanzahl/-höhe

Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig. Bei Platzmangel bitte ein Beiblatt benutzen (bitte auch unterschreiben).

- Größe cm Gewicht kg Alter Jahre
- Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer anderen Krankenanstalt statt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte Befund, Dauer des Aufenthalts, Anschrift des Aufenthaltsorts
- Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen oder Untersuchungen durch z. B. Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen statt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte Befund, Dauer des Aufenthalts, Anschrift
- Wurden in den letzten 6 Monaten Arzneimittel verordnet ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche?
- Wurde in den letzten 3 Jahren eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung angeraten? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, durch wen (Anschrift)?
- Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? ☐ ja ☐ nein
- Wurden jemals nicht behebbare körperliche Fehler, Missbildungen oder chronische Erkrankungen festgestellt (z. B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Morbus Bechterew, Amputationen, fehlende Organe)? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche?

Beitrittserklärung

zur Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

8. Werden Hilfsmittel (Sehhilfen, Hörgeräte, Prothesen u. Ä.) verwendet? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche?

9. Bezogen, beziehen oder beantragen Sie Rente aus gesundheitlichen Gründen oder sind Sie als Schwerbehinderter anerkannt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, warum?

10. Betreiben Sie besonders gefährliche Sportarten (Extremsportarten), wie z. B. Drachen- oder Gleitschirmfliegen, Auto- oder Motorradrennen, Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 4, Wildwasserfahrten über WW3, Kampfsportarten u. Ä.? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche?

11. Wurde eine Schwangerschaft festgestellt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche Schwangerschaftswoche? _____
12. Name und Anschrift des Hausarztes ☐ ja ☐ nein

Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst ist der Versicherungsschutz gefährdet. Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Kundeninformationen widersprechen. 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.

AXA Versicherung AG

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfall- und Existenzschutzversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistance-Gesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die AXA Versicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Versicherung AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Beitrittserklärung

zur Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung,

Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der AXA Versicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt werden, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.axa.de/datenschutz) eingesehen oder bei Ihrem persönlichen Betreuer, den Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen können, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die AXA Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die AXA Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Beitrittserklärung

zur Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

2.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat

Zwecks Erteilung eines gültigen SEPA-Mandates teile ich Ihnen meine Bankverbindung wie folgt mit:

Kontoinhaber	Kreditinstitut
Bankleitzahl	Konto-Nr.

Ich/wir bitte(n) um Zusendung eines gültigen SEPA-Mandatsformulars mit separater Post.

Ort, Datum

Unterschrift/Vermittler

Unterschrift/Stempel Antragsteller