Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Aufnahmeantrag für BDA-Mitglieder

Agentur-Nr. 935546

Bitte zurücksenden an:

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN
– Versicherungsreferat –
Roritzerstr. 27
90419 Nürnberg

Fax: +49 911 3938195
E-Mail: versicherung@bda-ev.de

Hiermit trete ich dem Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung für BDA-Mitglieder bei. Versichert werden soll die gesetzliche Haftpflicht aus der Ausübung der in diesem Antrag beschriebenen beruflichen Tätigkeit nach Maßgabe des Rahmenvertrages und unter Beachtung der Checkliste zu § 8 (Qualitätssicherung).

A) Angaben zur Person und zur Versicherungssumme

Name und Anschrift | Mitglieds-Nr.

Telefon | Telefax | E-Mail-Adresse

☐ Neukunde ☐ Bereits Funk-Kunde Bitte FUNK-NR. angeben

Versicherungssumme: 10.000.000 € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____, mittags 12 Uhr Zahlweise: jährlich

Der Vertrag hat eine Laufzeit von 3 Jahren und verlängert sich um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer der beiden Vertragsparteien schriftlich gekündigt wird.

B) Versicherungsschutz wird wie folgt benötigt

Niedergelassener Arzt

☐ ambulant, jedoch nicht als Betreiber einer Tagesklinik bzw. eines OP-Zentrums

☐ ambulant, nur Schmerztherapie

☐ ambulant und stationär, davon _____ Tage/monatlich stationär

☐ ambulant und stationär, nur Schmerztherapie _____ Tage/monatlich stationär

Es handelt sich um ☐ Praxisneugründung ☐ Praxisübernahme ☐ Praxiseinstieg niedergelassen seit:

Es wird eine Tagesklinik/ein OP-Zentrum betrieben. ☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte Rechtsform Anzahl der Betreiber

Es wird ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bzw. eine Klinik nach § 30 GewO betrieben (Falls ja, bitte Fragebogen anfordern.) ☐ ja ☐ nein

Ich bin tätig in einer ☐ Gemeinschaftspraxis mit ☐ Partnerschaftsgesellschaft (nach PartGG) mit ☐ Praxisgemeinschaft mit

bitte wenden

Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Aufnahmeantrag für BDA-Mitglieder

Honorararzt (auf freiberuflicher Basis tätige Ärzte ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung)

Honorarärztlich an maximal _____ Tagen jährlich

☐ ambulant ☐ ambulant und stationär

Tageskliniken/OP-Zentren (nur insgesamt zu versichern)

☐ je Eigentümer/Betreiber (inkl. ärztlicher Tätigkeit als Anästhesist sowie Organisations- und Betriebsstättenrisiko) bei gelegentlichen Übernachtungen der Patienten mit einer Verweildauer von nicht mehr als 24 Std.

☐ vorhanden sind angestellte Fachärzte (Anzahl und Fachrichtung)

Anzahl der angestellten Fachärzte mit Fachrichtung _____

Chefarzt/Ärztliche Direktoren/Leiter selbständiger Abteilungen

☐ freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant

☐ freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant und stationär

☐ dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär

☐ dienstlich, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit

☐ freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, nur Schmerztherapie

Oberarzt/Funktionsoberarzt

☐ dienstlich, ambulant und stationär

☐ dienstlich, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit

☐ freiberufliche Nebentätigkeit, nur ambulant

☐ freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, nur Schmerztherapie

Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung

☐ dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär

☐ dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit

Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung

☐ dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär

Sonstiges (gilt nicht für Honorarärzte)

☐ nur gelegentliche ambulante ärztliche Tätigkeit (insbesondere Erste-Hilfe-Leistungen, Gefälligkeitsbehandlungen, ambulante Praxisvertretung, freiberufliche Notarztdienste bis maximal 66 Arbeitstage/Jahr), Ruhestands-Versicherung

☐ einschließlich gelegentlicher stationärer Praxisvertretung an maximal _____ Tagen jährlich

Weitere Konstellationen auf Anfrage möglich: _____

Mitversicherung Privat-Haftpflicht

☐ für Familie/Lebensgemeinschaft

☐ für Single

Mitwirkung bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen (Schönheitsoperationen)

☐ Als Anästhesist ☐ Als Operateur (auch Faltenunterspritzungen)

Nebentätigkeiten im europäischen Ausland ☐ ja ☐ nein

Ort der Tätigkeit (z. B. England) _____ Beginn der Auslandstätigkeit _____

Art der Tätigkeit (z. B. Praxisvertretung) _____ ☐ ambulant ☐ stationär

Dauer der Tätigkeit _____ Tage ☐ monatlich ☐ jährlich

Hinweis: Für die Auslandstätigkeit wird der Versicherungsschutz subsidiär gewährt. Es darf sich hierbei **nicht** um eine Niederlassung/dauerhafte Anstellung im Ausland handeln.

Die Erfordernisse zum Versicherungsschutz sind in jedem europäischen Ausland unterschiedlich. Klären Sie deshalb bitte mit Ihrem Auftraggeber vor Ort, ob der Versicherungsumfang und die Deckungssummen des Rahmenvertrages ausreichend sind.

Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Aufnahmeantrag für BDA-Mitglieder

C) Vorversicherer/Vorschäden

Vorversicherer der letzten 5 Jahre	Versicherungsschein-Nr.

Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Haftpflichtansprüche aus Ihrer beruflichen Tätigkeit (inkl. schwebender Haftpflichtansprüche) geltend gemacht? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte näher erläutern:

Ablaufdatum Ihrer bisherigen Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Ist die Vorversicherung rechtskräftig zum Ablaufdatum gekündigt worden? ☐ ja ☐ nein

Ohne diese zwingenden Angaben (Vorversicherer/Vorschäden) ist die Erteilung einer Deckung nicht möglich! Wir bitten um Ihr Verständnis.

Eine schriftliche Vorschadenübersicht meines Vorversicherers ist dem Antrag als Anlage beigefügt.

Anderenfalls bevollmächtige ich die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, genaue Angaben bezüglich des bisherigen Schadenverlaufes bei meinem/n Haftpflichtversicherer/n schriftlich zu erfragen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherer den BDA in anonymisierter Form über die Einleitung und Entwicklung ausgesuchter Personenschäden unterrichtet.

Den Aufnahmeantrag sende ich an den BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN (BDA), der ihn nach Prüfung von Mitgliedschaft und ordnungsgemäßer Beitragszahlung an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH weiterleitet.

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/Stempel**