



Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für angestellte Ärzte

Bitte zurücksenden an:

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN
– Versicherungsreferat –
Roritzerstr. 27
90419 Nürnberg

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

Herr Frau

Name, Vorname	BDA-Mitglieds-Nr.
Anschrift	Geb.-Datum
Telefon	Telefax
E-Mail-Adresse	Unterliegt dieser E-Mail-Account der TLS-Verschlüsselung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

■ Vorversicherer und Vorschäden

Vorversicherung (auch ÖRAG)	Versicherungs-Nr.
gekündigt zum	durch
Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Schäden zu Ihrer Rechtsschutz-Versicherung, sofern vorhanden, gemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, bitte näher erläutern	

Ärzte-Kombination **AVG** inklusive **PVHB**

Ärzte-Kombi (Berufs-, Privat-, Verkehrs-, Haus- und Wohnungs-Rechtsschutz) als Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA. Die über den Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA versicherten Leistungen sind **ausgeschlossen**.

Mitversichert gilt der Verwaltungsgerichts-Rechtsschutz (außer Streitigkeiten mit berufsständischen Einrichtungen) sowie telefonische Erstberatung bei Urheberrechtsverstößen

194 €

Extravorteil

Anstellungsvertrags-Rechtsschutz für Organe ab gerichtlicher Geltendmachung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuschlag p. a.: 200 €	Versicherungssumme: 1.000.000 €
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz für vermietete Wohneinheiten p. a. je 133,60 €	Selbstbeteiligung wird hierfür <u>nicht</u> angerechnet
Genauere Anschrift dieser:	Anzahl der WE <input type="text"/> €

Versichert gilt Vertrags-Rechtsschutz für die gerichtliche Geltendmachung aus freiberuflichen Tätigkeiten resultierender Liquidationen bis zu 100.000 € jährlich.

<input type="checkbox"/> Ich verfüge über das eigene Liquidationsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Umsatzhöhe aus der liquidationsberechtigten Nebentätigkeit beträgt ca.	<input type="text"/> €
Wenn nein, üben Sie sonstige ärztliche Tätigkeiten freiberuflich aus (z. B. Praxisvertretung, Notarztdienste, gutachterliche Tätigkeiten usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ich werde honorarärztlich tätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Mitversicherung des Sozialrechtsschutzes ab Widerspruchsverfahren und Wettbewerbs-RS (aktiv + passiv) gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zuschlag: 50 €

Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für angestellte Ärzte

Ich plane meine eigene Niederlassung in den nächsten 2 Jahren ja nein
Wenn ja, voraussichtlich am _____

Je Rechtsschutzfall: Selbstbeteiligung 250 €

Selbstbeteiligung 150 € 224 €

IHR GESAMTBEITRAG (alle Beiträge sind inkl. Versicherungssteuer) _____ €

Versicherungssumme unbegrenzt

jährlich halbjährlich (+ 3 %) vierteljährlich (+ 5 %) monatlich (+ 5 %)

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

Beginn frühestens am Tage nach Eingang des Antrages bei der zuständigen ÖRAG-Landesdirektion (Eingangsstempel), 0.00 Uhr.

Dauer bis zum 1. Januar des Folgejahres und weiter auf ein Jahr. Der Vertrag verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragsdauer stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf eine Kündigung zugegangen ist.

■ Weitergabe von personenbezogenen Daten

Zum Zweck der Antragsbearbeitung sowie Erstellung einer Deckungsbestätigung bin ich mit der Weiterleitung meiner Daten/Informationen an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH (FHG) sowie an den Rechtsschutz-Versicherer (ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG) einverstanden. Diese Daten werden dort selbstverständlich genauso vertraulich behandelt wie im BDA-Versicherungsreferat.

Ich willige ein, dass die Funk Hospital Versicherungsmakler GmbH den BDA stets über die wesentlichen Inhalte meines Rechtsschutz-Vertrages (z. B. Deckungsbestätigung) unterrichtet. ja nein

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen bei:

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
fax: +49 40 3591473-494
E-Mail: o.zoellner@funk-gruppe.de

■ Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat

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

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

BIC/SWIFT _____

IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen) _____

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

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Hinweise für den Versicherungsnehmer:

Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärungen zum Datenschutz, die Hinweise zum Versicherungsverhältnis und Widerspruchsrecht im folgenden Text. Diese Angaben werden mit Ihrer Unterschrift Vertragsbestandteil.

Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für angestellte Ärzte

Einwilligungsklausel

Mit der Unterschrift unter den Versicherungsantrag willigen Sie in folgende Vereinbarung ein:

„Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer und an den Verband öffentlicher Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer, der diesen Vertrag als Landesdirektion der ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG vermittelnde Versicherer und die ÖRAG Service GmbH meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit diese der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.“

Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers

Mit Ihrer Unterschrift unter den Versicherungsantrag willigen Sie in folgende Vereinbarung ein:

„Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass ich künftig im Rahmen des Versicherungsverhältnisses sowie im Hinblick auf weitere Versicherungs- und Finanzdienstleistungen des Versicherers und seiner Vermittler schriftlich, mündlich, telefonisch oder im Wege anderweitiger elektronischer Kommunikationsmittel (z. B. Teletext, Telefax, E-Mail) vom Versicherer/Versicherungsvertreter informiert und beraten werde. Sollte ich hiermit nicht einverstanden sein, so steht es mir frei, diese Einwilligung sofort zu streichen, ohne dass dies Einfluss auf den Abschluss des Vertrages hat.“

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach § 8 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG, vertreten durch den Vorstand, Klaus R. Hartung und Andreas Heinsen oder an Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, vertreten durch die Geschäftsführer Claudius Jochheim, Bernhard Schwanke und Mathias Lenschow. Die Widerrufsfrist beginnt erst mit dem Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) der ÖRAG (Verbraucherinformation).

Bei Ausübung des Widerrufsrechts hat die ÖRAG die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlte Prämie zu erstatten, bei vorläufiger Deckung nur den anteiligen Beitrag ab Zugang des Widerrufs, wenn jeweils Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

Belehrung zu den Anzeigepflichten: Sie sind verpflichtet, die Angaben im Antrag (insbesondere die, welche die Vorversicherung betreffen) wahrheitsgemäß zu tätigen. Bei Verletzung der Anzeigepflicht sind wir zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.