



## Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für niedergelassene Ärzte

Bitte zurücksenden an:

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN  
– Versicherungsreferat –  
Roritzerstr. 27  
90419 Nürnberg

Fax: +49 911 3938195  
E-Mail: [versicherung@bda-ev.de](mailto:versicherung@bda-ev.de)

Herr  Frau

BDA-Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis		Anschrift privat	
_____		_____	
fon	_____	fon	_____
fax	_____	fax	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____
Unterliegt dieser E-Mail-Account der TLS-Verschlüsselung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		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?  ja  nein

Falls ja, bitte näher erläutern

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

Ärzte-Kombi (Arbeitgeber-\*, Verkehrs-, Gewerberäume - bis 300.000 € Jahresbruttomiete - Rechtsschutz inkl. Privat-Rechtsschutz-Kombination für einen Arzt) als Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA. Die über den Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA versicherten Leistungen sind **ausgeschlossen**.

\*inkl. Firmenvertrags-Rechtsschutz vor Gericht, Sozial-Rechtsschutz inkl. Widerspruchsverfahren und Wettbewerbs-Rechtsschutz, Verwaltungsgerichts-Rechtsschutz (außer Streitigkeiten mit berufsständischen Einrichtungen) sowie telefonische Erstberatung bei Urheberrechtsverstößen

Mitarbeiter	Beitrag in €
<input type="checkbox"/> 0 - 3	389
<input type="checkbox"/> 4 - 6	447
<input type="checkbox"/> 7 - 10	587
<input type="checkbox"/> 11 - 15	736
<input type="checkbox"/> 16 - 20	925
<input type="checkbox"/> 21 - 25	1.173

€

Die Brutto-Jahresmiete für die Praxis beträgt derzeit \_\_\_\_\_ €

Mitversicherung weiterer Praxen

Wenn ja, Anzahl der Praxen \_\_\_\_\_

und deren Anschrift: \_\_\_\_\_

Zusatzdeckung für vermietete Wohneinheiten, je 133,60 €

Wenn ja, Anzahl der WE \_\_\_\_\_

und deren Anschrift: \_\_\_\_\_

€

## Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für niedergelassene Ärzte

**Honorararzt - ausschließlich honorarärztlich tätig**  
nicht niedergelassen, ohne KV-Zulassung, ohne eigene Praxisräume, ohne angestelltes Personal 311,20 €

Zusatzdeckung für vermietete Wohneinheiten, je 133,60 € Wenn ja, Anzahl der WE €  
und deren Anschrift: \_\_\_\_\_

**Privat-Kombi für weitere Praxisinhaber**

Name, Vorname  
\_\_\_\_\_

Anschrift privat  
\_\_\_\_\_

Je weitere Praxisinhaber nur 212,10 € Anzahl weiterer Inhaber €

Zusatzdeckung für vermietete Wohneinheiten, je 133,60 € Anzahl der WE €

und deren Anschrift: \_\_\_\_\_

**Je Rechtsschutzfall: Selbstbeteiligung 250 €**

Selbstbeteiligung 150 € Versichereranfrage

**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](mailto:o.zoellner@funk-gruppe.de)

## Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für niedergelassene Ärzte

### ■ 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 Antragsteller**

---



---

### 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.

---

### 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.“

## **Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA**

für niedergelassene Ärzte

### **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.