



Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Aufnahmeantrag für BDA-Mitglieder

Bitte zurücksenden an:

Agentur-Nr. 935546

Funk Hospital-Vers.makler GmbH
 Funk Ärzte Service
 Valentinskamp 20
 20354 Hamburg

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 | | Unterliegt dieser E-Mail-Account der TLS-Verschlüsselung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Neukund*in | <input type="checkbox"/> Bereits Funk-Kund*in | Bitte FUNK-NR. angeben |

Versicherungssumme: 15.000.000 € 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

Niedergelassene*r Arzt*in

- ambulant, jedoch nicht als Betreiber*in 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*innen _____

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

Honorararzt*in (auf freiberuflicher Basis tätige Ärzt*innen, ohne eigene Praxis, ohne angestelltes Personal/angestellte Ärzt*innen 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*in sowie Organisations- und Betriebsstättenrisiko) bei gelegentlichen Übernachtungen der Patient*innen mit einer Verweildauer von nicht mehr als 24 Std.

- vorhanden sind angestellte Fachärzt*innen (Anzahl und Fachrichtung)

Anzahl der angestellten Fachärzt*innen mit Fachrichtung _____

bitte wenden

Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Aufnahmeantrag für BDA-Mitglieder

Chefarzt*in/Ärztliche*r Direktor*in/Leiter*in 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
 Regress der Klinik im Rahmen des Klinik-Selbstbehaltes bis maximal 5.000.000 €

Oberarzt*in/Funktionsoberarzt*in

- dienstlich, ambulant und stationär
 dienstlich, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit
 freiberufliche Nebentätigkeit, nur ambulant
 freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant, nur Schmerztherapie
 Regress der Klinik im Rahmen des Klinik-Selbstbehaltes bis maximal 5.000.000 €

Assistenzarzt*in mit Gebietsbezeichnung

- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär
 dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit
 Regress der Klinik im Rahmen des Klinik-Selbstbehaltes bis maximal 5.000.000 €

Assistenzarzt*in ohne Gebietsbezeichnung

- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär

Sonstiges (gilt nicht für Honorarärzt*in)

- nur gelegentliche ambulante ärztliche Tätigkeit (insbesondere Erste-Hilfe-Leistungen, Gefälligkeitsbehandlungen, ambulante Praxisvertretung, freiberufliche Notarzdienste 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*in Als Operateur*in (auch Faltenunterspritzungen)

Nebentätigkeiten im europäischen Ausland

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

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 Berufshaftpflichtversicherung _____

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.

Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Aufnahmeantrag für BDA-Mitglieder

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.

D) 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 Berufshaftpflicht-Versicherer (Bayerischer Versicherungsverband „BVV“) 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 zu meiner Berufshaftpflichtversicherung (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 3591473-504
 E-Mail: s.stock@funk-gruppe.de

E) Datenschutz-Hinweis

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch die Funk Gruppe GmbH nach Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf <https://www.funk-gruppe.de/de/datenschutz/#c37539>. Auf Wunsch übersenden wir diese Informationen auch in Papierform.

F) Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ0000043302

Ich ermächtige die Funk Gruppe GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Funk Gruppe GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber*in (falls nicht Versicherungsnehmer)

Kreditinstitut

BIC/SWIFT

IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen)

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel