



## 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](mailto: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](mailto: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