

Versicherungsbedarf für angestellte Ärzte

Fragebogen

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____ Tel: _____

-
- A. Sind Sie als Arbeitnehmer/Beamte in einem Krankenhaus tätig?** ja nein
- › leitender Abteilungsarzt (Chefarzt), Klinik- oder Institutsdirektor ja nein
 - › Oberarzt/Funktionsoberarzt ja nein
 - › Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung ja nein
 - › Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung ja nein
- Sind Sie bei einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin oder in einem MVZ angestellt? ja nein

B. Besteht Versicherungsschutz über den Krankenhausträger / den Praxisinhaber / das MVZ für den dienstlichen Aufgabenbereich? ja nein

Wenn ja:

1. Ist die grobe Fahrlässigkeit mitversichert? ja nein
2. Kann der Versicherer/Arbeitgeber Sie bei fahrlässigem Handeln in Regress nehmen? ja nein

Wenn ja:

 - a) Ist der Regress bereits bei normaler (= mittlerer) Fahrlässigkeit möglich? ja nein
 - b) Oder ist ein Regress nur bei grober Fahrlässigkeit möglich (z. B. § 3 Abs. 4 TV-Ärzte/VKA, § 3 Abs. 5 TV-Ärzte/TdL, § 5 Abs. 5 AVR Caritas)? ja nein
3. Falls Ihnen das Liquidations-/Beteiligungsrecht für wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Dienstaufgaben eingeräumt ist: Ist diese Tätigkeit mitversichert? ja nein

C. Nebentätigkeiten: Üben Sie eine Nebentätigkeit aus in dem Bereich

1. stationäre wahlärztliche Behandlung/Begutachtung ja nein
2. ambulante Untersuchungen/Behandlungen ja nein
3. Gutachten (Anzahl der Gutachten jährlich: _____) ja nein
4. Falls Sie an der Nebentätigkeit eines anderen Arztes/einer anderen Ärztin mitwirken: Sind Sie dafür durch den/die Arbeitgeber / den leitenden Arzt versichert? ja nein
5. Notarztdienst (Anzahl der Dienste monatlich: _____) ja nein
6. Honorararzt (ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung) ja nein
 honorarärztlich an max. _____ Tagen jährlich tätig ambulant stationär
7. andere ärztliche Tätigkeit: _____

Versicherungsbedarf für angestellte Ärzte

Fragebogen

D. Üben Sie (Neben-) Tätigkeiten im europäischen Ausland aus?

ja

nein

1. In welchem europäischen Land sind Sie tätig? _____

2. Art der Tätigkeit (z. B. Notarzt)? _____

ambulant

stationär

Dauer der ärztlichen Tätigkeit im Ausland: Anzahl der Tage _____

monatlich

jährlich

E. Deckungssummen der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A-D (pro Schadenfall)

Personenschäden: _____ Mio. €

Sachschäden: _____ Mio. €

Vermögensschäden: _____ Mio. €

F. Grundlagen der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A-D (bitte beim Arbeit-/Auftraggeber nachfragen)

1. Gilt die Schadenereignistheorie oder die Claims-made-Theorie?

2. Ist eine Selbstbeteiligung vereinbart?

ja

nein

Wenn ja: Kann der Versicherer/Arbeitgeber Sie in Regress nehmen? ja nein

Mit der Weiterleitung/Übermittlung meiner Daten/Unterlagen an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH (Kooperationspartner des BDA) zwecks Prüfung und Angebotserstellung bin ich einverstanden.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift

Gender-Hinweis

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und weiterer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechterformen. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der jeweils anderen Geschlechter, sondern ist als geschlechtsneutral zu verstehen.