



Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für angestellte Ärzte

Bitte zurücksenden an:

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN
– Versicherungsreferat –
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg

E-Mail: versicherung@bda-ev.de

Herr Frau Divers

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-Rechtsschutz-

vertrag 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

ja nein

Zuschlag p. a.: 200 €

Versicherungssumme: 1.000.000 €

Selbstbeteiligung wird hierfür nicht angerechnet

Rechtsschutz für vermietete Wohneinheiten p. a. je 133,60 €

Anzahl der WE €

Genauere Anschrift dieser:

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

Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für angestellte Ärzte

<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.	€	
Wenn nein, üben Sie sonstige ärztliche Tätigkeiten freiberuflich aus (z. B. Praxisvertretung, Notarzdienste, 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 €	
<input type="checkbox"/> Ich plane meine eigene Niederlassung in den nächsten 2 Jahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, voraussichtlich am _____		
Je Rechtsschutzfall: Selbstbeteiligung 250 €		
<input type="checkbox"/> 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 35914-73504
 E-Mail: s.stock@funk-gruppe.de

Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für angestellte Ärzte

■ 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.

■ Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000043302

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*in)

Kreditinstitut	BIC/SWIFT
IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen)	

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.