



## Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

### Angebotsanforderung für BDA-Mitglieder

Bitte zurücksenden an:

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

**A bis K:**  
 fax +49 40 35914-73504  
[s.stock@funk-gruppe.de](mailto:s.stock@funk-gruppe.de)

**L bis Z:**  
 fax +49 40 35914-73660  
[n.fraemke@funk-gruppe.de](mailto:n.fraemke@funk-gruppe.de)

Ich bitte um ein Angebot nach dem Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung für BDA-Mitglieder.

#### 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

#### 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

- je Eigentümer\*in/Betreiber\*in (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

## Angebotsanforderung für BDA-Mitglieder

### Chefarzt\*in/Ärztliche\*r Direktor\*in/Leiter\*in selbständiger Abteilungen

- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär
- dienstliche Tätigkeit, 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 €

### Oberarzt\*in/Funktionsoberarzt\*in

- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär
- dienstliche Tätigkeit, 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

- nur gelegentliche ambulante ärztliche Tätigkeit (insbesondere Erste-Hilfe-Leistungen, Gefälligkeitsbehandlungen, ambulante Praxisvertretung, freiberufliche Notarzdienste), Ruhestands-Versicherung
- einschließlich gelegentlicher stationärer Praxisvertretung an maximal \_\_\_\_\_ Tagen p. a.

Weitere Konstellationen auf Anfrage möglich. \_\_\_\_\_

### Mitwirkung bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen (Schönheitsoperationen)

- Als Anästhesist\*in  Als Operateur\*in (auch Faltenunterspritzungen)

### Nebentätigkeiten im europäischen Ausland

ja  nein

Ort der Tätigkeit (z. B. England) \_\_\_\_\_

Beginn der Auslandstätigkeit \_\_\_\_\_

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.

### Mitversicherung Privat-Haftpflicht

- für Familie/Lebensgemeinschaft  für Single

# Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung

Angebotsanforderung für BDA-Mitglieder

## 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:

**Ohne diese zwingenden Angaben (Vorversicherer/Vorschäden) ist die Erstellung eines adäquaten Versicherungsangebotes nicht möglich! Wir bitten um Ihr Verständnis.**

## D) Weitergabe von personenbezogenen Daten

Ich willige ein, dass dem BDA-Versicherungsreferat eine Angebotskopie für meine neue Berufshaftpflichtversicherung zur Überprüfung der Mitgliedschaft sowie zur Gewährung von Sonderkonditionen übermittelt wird.

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.

Ort, Datum

Unterschrift