



Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für niedergelassene Ärzte

Bitte zurücksenden an:

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN
– Versicherungsreferat –
Roritzerstr. 27
90419 Nürnberg

Fax: +49 911 3938195
E-Mail: versicherung@bda-ev.de

Herr Frau

BDA-Mitglieds-Nr. _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift der Praxis _____

Anschrift privat _____

fon _____

fon _____

fax _____

fax _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Vorversicherung (auch ÖRAG) _____

Versicherungs-Nr. _____

gekündigt zum, durch _____

Ärzte-Kombination **AVG** inklusive **PVHB**

Ärzte-Kombi (Arbeitgeber-*, Verkehrs-, Gewerberäume - bis 300.000 € Jahresbruttomiete - Rechtsschutz inkl. Privat-Rechtsschutz-Kombination für einen Arzt) als Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA. Die über den Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA versicherten Leistungen sind **ausgeschlossen**.

*inkl. Firmenvertrags-Rechtsschutz vor Gericht, Sozial-Rechtsschutz inkl. Widerspruchsverfahren und Wettbewerbs-Rechtsschutz, Verwaltungsgerichts-Rechtsschutz (außer Streitigkeiten mit berufsständischen Einrichtungen) sowie telefonische Erstberatung bei Urheberrechtsverstößen

Mitarbeiter	Beitrag in €
<input type="checkbox"/> 0 - 3	389
<input type="checkbox"/> 4 - 6	447
<input type="checkbox"/> 7 - 10	587
<input type="checkbox"/> 11 - 15	736
<input type="checkbox"/> 16 - 20	925
<input type="checkbox"/> 21 - 25	1.173

€

Die Brutto-Jahresmiete für die Praxis beträgt derzeit _____

€

Mitversicherung weiterer Praxen

Wenn ja, Anzahl der Praxen _____

und deren Anschrift: _____

Zusatzdeckung für vermietete Wohneinheiten, je 133,60 €

Wenn ja, Anzahl der WE _____

€

und deren Anschrift: _____

Honorararzt - ausschließlich honorarärztlich tätig

nicht niedergelassen, ohne KV-Zulassung, ohne eigene Praxisräume, ohne angestelltes Personal

311,20 €

Zusatzdeckung für vermietete Wohneinheiten, je 133,60 €

Wenn ja, Anzahl der WE _____

€

und deren Anschrift: _____

Privat-Kombi für weitere Praxisinhaber

Name, Vorname _____

Anschrift privat _____

PVHB

Je weitere Praxisinhaber nur 212,10 €

Anzahl weiterer Inhaber _____

€

Zusatzdeckung für vermietete Wohneinheiten, je 133,60 €

Anzahl der WE _____

€

und deren Anschrift: _____

Anschlussdeckung zum Gruppen-Rechtsschutzvertrag des BDA für niedergelassene Ärzte

Je Rechtsschutzfall: Selbstbeteiligung 250 €

Selbstbeteiligung 150 €

Versichereranfrage

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.

■ Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Zwecks Erteilung eines gültigen SEPA-Mandates teile ich Ihnen meine Bankverbindung wie folgt mit:

Kontoinhaber

Kreditinstitut

BIC/SWIFT

IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen)

Ich/wir bitte(n) um Zusendung eines gültigen SEPA-Mandatsformulars mit separater Post.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Antragsteller

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.

Einwilligungsklausel

Mit der Unterschrift unter den Versicherungsantrag willigen Sie in folgende Vereinbarung ein:

„Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer und an den Verband öffentlicher Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer, der diesen Vertrag als Landesdirektion der ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG vermittelnde Versicherer und die ÖRAG Service GmbH meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit diese der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.“

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.“

Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers

Mit Ihrer Unterschrift unter den Versicherungsantrag willigen Sie in folgende Vereinbarung ein:

„Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass ich künftig im Rahmen des Versicherungsverhältnisses sowie im Hinblick auf weitere Versicherungs- und Finanzdienstleistungen des Versicherers und seiner Vermittler schriftlich, mündlich, telefonisch oder im Wege anderweitiger elektronischer Kommunikationsmittel (z. B. Teletext, Telefax, E-Mail) vom Versicherer/Versicherungsvertreter informiert und beraten werde. Sollte ich hiermit nicht einverstanden sein, so steht es mir frei, diese Einwilligung sofort zu streichen, ohne dass dies Einfluss auf den Abschluss des Vertrages hat.“

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach § 8 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG, vertreten durch den Vorstand, Klaus R. Hartung und Andreas Heinsen oder an Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, vertreten durch die Geschäftsführer Claudius Jochheim, Bernhard Schwanke und Mathias Lenschow. Die Widerrufsfrist beginnt erst mit dem Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) der ÖRAG (Verbraucherinformation).

Bei Ausübung des Widerrufsrechts hat die ÖRAG die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlte Prämie zu erstatten, bei vorläufiger Deckung nur den anteiligen Beitrag ab Zugang des Widerrufs, wenn jeweils Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

Belehrung zu den Anzeigepflichten: Sie sind verpflichtet, die Angaben im Antrag (insbesondere die, welche die Vorversicherung betreffen) wahrheitsgemäß zu tätigen. Bei Verletzung der Anzeigepflicht sind wir zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.