

Mitglieds-Nr. _____
Name: _____ Tel: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____ Fax: _____

BDA-Versicherungsreferat
Roritzerstr. 27/IV
90419 Nürnberg

Per E-Mail:
versicherung@bda-ev.de
Per FAX:
0911/3938195

BDA-Haftpflichtversicherung für Praxisvertreter

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich

am _____ (Bitte Termine angeben)

vom _____ bis _____

als vorübergehender Vertreter eines **niedergelassenen/ermächtigten** Arztes in freier Praxis

ambulant ambulant und stationär Fachrichtung: _____

tätig werde. Der niedergelassene / ermächtigte Arzt ist wegen Urlaub, Krankheit oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung abwesend. Ich bin nur gelegentlich als Praxisvertreter tätig.

Die gesamten von mir im Laufe des Kalenderjahres durchgeführten Praxisvertretungen betragen _____ Wochen.

Ich bin Mitglied des BDA seit _____ und bitte um Bestätigung des subsidiären Versicherungsschutzes über die BDA-Praxisvertreterhaftpflichtversicherung.

Damit eine weitere Bearbeitung/Deckungsbestätigung möglich ist, bin ich mit der Übermittlung dieser Daten/Informationen an die Funk Hospitalversicherungsmakler GmbH einverstanden.

Datum

Unterschrift