



## Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Angebotsanforderung für BDNC-Mitglieder

Bitte zurücksenden an:

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

**fax +49 40 3591473-494**

Ich bitte um ein Angebot nach dem Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung für BDNC-Mitglieder.

### A) Angaben zur Person und zur Versicherungssumme

Name und Anschrift

Mitglieds-Nr.

Telefon

Telefax

E-Mail-Anschrift

Neukunde

bereits Funk-Kunde

Bitte FUNK-NR. angeben

**Gewünschte Versicherungssumme**

5.000.000 € für Personenschäden

7.000.000 € für Personenschäden

1.000.000 € für Sachschäden

1.000.000 € für Sachschäden

200.000 € für Vermögensschäden

200.000 € für Vermögensschäden

### B) Versicherungsschutz wird wie folgt benötigt

**Niedergelassener Arzt** (jedoch nicht als Betreiber eines OP-Zentrums/einer Tagesklinik)

ambulant, ohne operative Tätigkeit

ambulant, inkl. operativer Tätigkeit

ambulant und stationär, mit \_\_\_\_\_ Belegbetten (durchschnittliche Jahresbelegung)

Beschäftigen Sie **außer** Entlastungsassistenten gem. § 32 b) der Ärzte-ZV angestellte Ärzte?

ja

nein

Falls ja, Anzahl dieser \_\_\_\_\_ Fachrichtung dieser Angestellten \_\_\_\_\_

**Tageskliniken/Operationszentrum** (nur insgesamt zu versichern)

je Inhaber (inkl. ärztlicher Tätigkeit als Neurochirurg sowie des Organisations- und Betriebsstättenrisikos) bis 24 Std. Verweildauer der Patienten

vorhanden sind angestellte Fachärzte (bei bis zu 24 Std. Verweildauer der Patienten)

Anzahl der angestellten Fachärzte mit Fachrichtung:

**Chefarzt**

freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant

freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant und stationär

freiberufliche Nebentätigkeit und dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär

dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär

dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit

dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär und freiberuflich ambulant

*bitte wenden*



## Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Angebotsanforderung für BDNC-Mitglieder

### Oberarzt/Funktionsoberarzt

- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär
- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit
- freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant
- freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant und stationär
- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär und freiberuflich ambulant
- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär und freiberuflich ambulant und stationär

### Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung

- dienstliche Tätigkeit, ambulant und stationär
- Regressbeschränkung des Dienstherrn auf grobe Fahrlässigkeit

### Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung in Weiterbildung zur Neurochirurgie

- dienstliche Tätigkeit

### Zusatz-Versicherungen

- nur gelegentliche ambulante ärztliche Tätigkeit
- Mitversicherung Privat-Haftpflicht

Es handelt sich um:  Praxisneugründung  Praxisübernahme  Praxiseinstieg niedergelassen seit: \_\_\_\_\_

Es wird ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bzw. eine Klinik nach § 30 GewO betrieben  ja  nein  
(Falls ja, bitte hierzu Fragebogen anfordern.)

Namen der Betreiber: \_\_\_\_\_

Ich bin tätig in einer  Gemeinschaftspraxis mit  Partnerschaftsgesellschaft (nach PartGG) mit  Praxisgemeinschaft mit

## D) 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.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel