



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