

Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung für BDR-Mitglieder



INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER
UND RISK CONSULTANTS

– Angebotsanforderung –

Bitte zurücksenden an:

Funk Hospital-Vers.makler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
fax +49 40 35914-423

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

A) ANGABEN ZUR PERSON UND ZUR VERSICHERUNGSSUMME

Anschrift des Antragstellers

[Redacted address information]

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail

[Redacted contact information]

B) VERSICHERUNGSSCHUTZ WIRD WIE FOLGT BENÖTIGT

Niedergelassener Arzt

- ambulant
 ambulant und stationär (bis 10 Belegbetten; hierbei handelt es sich um die durchschnittliche Jahresbelegung)

Gesamtanzahl der Belegbetten:

[Redacted number]

Angestellter Arzt

- Chefarzt: freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant
 freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant und stationär
 Oberarzt/Funktionsoberarzt: freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant
 freiberufliche Nebentätigkeit, ambulant und stationär

Weitere Konstellationen auf Anfrage

- Mitversicherung Privat-Haftpflicht

Es handelt sich um

- Praxisneugründung Praxisübernahme Praxiseinstieg Niedergelassen seit:

[Redacted date]

Bestehen Kooperationen mit Kliniken? (Falls ja, bitte Vertragskopie beifügen.)

- ja nein

Ich bin als Programmverantwortlicher tätig

- ja nein

Ich bin tätig in einer Gemeinschaftspraxis/Praxismgemeinschaft/Partnerschaft nach PartGG mit

[Redacted information]

Beantragen auch die Gemeinschaftspraxispartner Versicherungsschutz über den Rahmenvertrag?

- ja nein

Ich betreibe ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bzw. eine Klinik nach § 30 GewO.
(Falls ja, bitte Fragebogen hierzu anfordern.)

- ja nein

Ich bin in einem MVZ angestellt

- ja nein

Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung für BDR-Mitglieder



INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER
UND RISK CONSULTANTS

– Angebotsanforderung –

C) VORVERSICHERER, VORSCHÄDEN

Vorversicherer:

Versicherungsschein-Nr.

Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schadenersatzansprüche aus Ihrer beruflichen Tätigkeit geltend gemacht?

ja

nein

Falls ja, bitte gesondert erläutern

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

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel