



## Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Aufnahmeantrag für BDN/BVDN/BVDP-Mitglieder

Bitte zurücksenden an:

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH  
Funk Ärzte Service  
Valentinskamp 20  
20354 Hamburg

E-Mail: [s.stock@funk-gruppe.de](mailto:s.stock@funk-gruppe.de)

Hiermit trete ich dem Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung für BDN/BVDN/BVDP-Mitglieder bei. Versichert werden soll die gesetzliche Haftpflicht aus der Ausübung der in diesem Antrag beschriebenen beruflichen Tätigkeit nach Maßgabe des Rahmenvertrages.

---

### A) Angaben zur Person und zur Versicherungssumme

Name und Anschrift

Mitglieds-Nr.

Telefon	Telefax	
E-Mail-Adresse	Unterliegt dieser E-Mail-Account der TLS-Verschlüsselung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Neukund*in	<input type="checkbox"/> Bereits Funk-Kund*in	Bitte FUNK-NR. angeben

Versicherungssumme:  5.000.000 €  7.500.000 €  10.000.000 €  
pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden  
3-fach max. 2-fach max. 2-fach max.

Gewünschter Versicherungsbeginn:  , mittags 12 Uhr Zahlweise: jährlich

Der Vertrag hat eine Laufzeit von 3 Jahren und verlängert sich um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer der beiden Vertragsparteien schriftlich gekündigt wird.

---

### B) Versicherungsschutz wird wie folgt benötigt

Niedergelassene\*r Arzt\*in

<input type="checkbox"/> ambulant konservativ; jedoch nicht als Betreiber*in einer Tagesklinik bzw. eines OP-Zentrums (inkl. Lumbal- bzw. Liquorpunktionen)	<input type="checkbox"/> ambulant operativ: wirbelsäulennahe Injektionen und/oder Infiltrationen (wie z. B. Facetteninfiltrationen) und weitere Eingriffe sind anfragepflichtig	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär, davon <input type="text"/> Tage/monatlich stationär	
Es handelt sich um <input type="checkbox"/> Praxisneugründung	<input type="checkbox"/> Praxisübernahme	<input type="checkbox"/> Praxiseinstieg	niedergelassen seit: <input type="text"/>
Es wird eine Tagesklinik/ein OP-Zentrum betrieben. (Falls ja, siehe unten.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es wird ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bzw. eine Klinik nach § 30 GewO betrieben (Falls ja, bitte Fragebogen anfordern.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin tätig in einer <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/BAG mit	<input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft (nach PartGG) mit	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit	
Praxisstandorte: <input type="text"/>			

Tageskliniken/OP-Zentren (nur insgesamt zu versichern)

<input type="checkbox"/> je Eigentümer*in/Betreiber*in (inkl. ärztlicher Tätigkeit als Anästhesist*in sowie Organisations- und Betriebsstättenrisiko) bei gelegentlichen Übernachtungen der Patient*innen mit einer Verweildauer von nicht mehr als 24 Std.	Anzahl der Betreiber*innen <input type="text"/>
Falls ja, bitte Rechtsform <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> vorhanden sind angestellte Fachärzt*innen (Anzahl und Fachrichtung) Anzahl der angestellten Fachärzt*innen mit Fachrichtung <input type="text"/>	

Angestellte Ärzte in freier Praxis – dienstliche Tätigkeit (sofern der Praxisinhaber nicht bei der Dialog versichert ist)

<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant inkl. OP	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<i>bitte wenden</i>
---	--	---	---------------------

1 / 3



## Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Aufnahmeantrag für BDN/BVDN/BVDP-Mitglieder

### Sonstiges: gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit / auch Ruhestands-Versicherung

nur gelegentliche ambulante außerdienstliche ärztliche Tätigkeit (insbesondere Erste-Hilfe-Leistungen, Gefälligkeitsbehandlungen, freiberufliche Notarztdienste) (gelegentlich: nicht mehr als 3 x im Monat)

Weitere Konstellationen auf Anfrage möglich:

---

### C) Vorversicherer/Vorschäden

Vorversicherer der letzten 10 Jahre

Versicherungsschein-Nr.

Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Haftpflichtansprüche aus Ihrer beruflichen Tätigkeit (inkl. schwebender Haftpflichtansprüche) geltend gemacht?  ja  nein

Falls ja, bitte näher erläutern:

Ablaufdatum Ihrer bisherigen Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Ist die Vorversicherung rechtskräftig zum Ablaufdatum gekündigt worden?  ja  nein

**Ohne diese zwingenden Angaben (Vorversicherer/Vorschäden) ist die Erteilung einer Deckung nicht möglich! Wir bitten um Ihr Verständnis.**

Eine schriftliche Vorschadenübersicht meines Vorversicherers ist dem Antrag als Anlage beigefügt.

Andernfalls bevollmächtige ich die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, genaue Angaben bezüglich des bisherigen Schadenverlaufes bei meinem/n Haftpflichtversicherer/n schriftlich zu erfragen.

### D) Einwilligung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten

Mit der Übermittlung dieser Daten an meinen Berufsverband zur Gewährung der Sonderkonditionen – exklusiv für Verbandsmitglieder – bin ich einverstanden.

ja  nein

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen bei:

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH

Funk Ärzte Service

Valentinskamp 20

20354 Hamburg

fax: +49 40 35914-73504

E-Mail: [s.stock@funk-gruppe.de](mailto:s.stock@funk-gruppe.de)

### E) Datenschutz-Hinweis

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch die Funk Gruppe GmbH nach Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf <https://www.funk-gruppe.de/de/datenschutz/#c37539>. Auf Wunsch übersenden wir diese Informationen auch in Papierform.



## Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Aufnahmeantrag für BDN/BVDN/BVDP-Mitglieder

---

### F) Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000043302

Ich ermächtige die Funk Gruppe GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Funk Gruppe GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber\*in (falls nicht Versicherungsnehmer\*in)

Kreditinstitut	BIC/SWIFT
IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen)	

---

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel