

Antrag

auf Haftpflichtversicherungsschutz für BDC-Mitglieder

Hiermit beantrage ich Versicherungsschutz für die gesetzliche Haftpflicht aus der Ausübung meiner in diesem Antrag beschriebenen beruflichen Tätigkeit.

Titel, Vor- und Zuname		Fachgruppe		ggf. Subspezialisierung	
Praxisanschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort			
Geburtsdatum		Telefon	Telefax		E-Mail
Weitere Standorte/Zweigstellen/Filialen		Verbandszugehörigkeit		Mitgliedsnummer	
Privatanschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort			
Betriebsart/Praxisform			Rechtsform		
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft			<input type="checkbox"/> Freiberufliches Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR		
<input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft			<input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> PartG		
<input type="checkbox"/> Praxisklinik <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft			<input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> AG		
<input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Privatklinik			<input type="checkbox"/> UG		
<input type="checkbox"/> OP-Zentrum					
<input type="checkbox"/> Praxisneugründung		<input type="checkbox"/> Praxisübernahme		<input type="checkbox"/> Praxiseinstieg niedergelassen seit: _____	
Gewünschter Versicherungsbeginn: _____ um 0:00 Uhr		Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf von einer der beiden Vertragsparteien schriftlich gekündigt wird.			
Zahlungsweise		<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (3 % Zuschlag)		<input type="checkbox"/> vierteljährlich (5 % Zuschlag)	
Vorversicherung					
Name der Gesellschaft			Versicherungsscheinnummer		
Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schadenersatzansprüche aus beruflicher Tätigkeit erhoben?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Schäden: _____ (bitte gesondert erläutern)					
Tätigkeitsumfang					
<input type="checkbox"/> Freiberufliche ärztliche Tätigkeit ohne Anstellung und ohne eigene Praxis/Honorarärzte					
<input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen					
<input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit					
<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit					
<input type="checkbox"/> Freiberufliche ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis					
<input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen					
<input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit					
<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit					
<input type="checkbox"/> Belegarzt Anzahl Betten: _____ Krankenhaus: _____					
<input type="checkbox"/> Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsarzt (für Leistungen bei stationär aufgenommenen Patienten)					
Krankenhaus: _____ (bitte Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsvertrag beifügen)					

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte (gemäß § 32b Zulassungsverordnung)?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, Anzahl: _____	Fachrichtung: _____
				Name(n): _____	
Beschäftigen Sie Entlastungs- und/oder Sicherstellungsassistenten?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, Anzahl: _____	Fachrichtung: _____
				Name(n): _____	

Arzt im Dienst-/Anstellungsverhältnis

<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> Assistenzarzt	<input type="checkbox"/> mit Facharztanerkennung
			<input type="checkbox"/> ohne Facharztanerkennung
<input type="checkbox"/> freiberufliche Nebentätigkeit	<input type="checkbox"/> dienstliche Tätigkeit		
<input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operation	<input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operation		
<input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit		
<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit		
	<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit		

Notarzt freiberufliche Tätigkeit dienstliche Tätigkeit Einsätze/Monat: _____

Restrisikoabsicherung (gelegentliche außerdienstliche ärztliche Tätigkeit/Ruhestandsversicherung)

<input type="checkbox"/> mit Praxisvertretungen und mit Gutachtertätigkeit	<input type="checkbox"/> ohne Praxisvertretungen und ohne Gutachtertätigkeit
<input type="checkbox"/> ausschließlich gutachterliche Tätigkeit	

Tageskliniken/OP-Zentren

<input type="checkbox"/> bis 24 Stunden Verweildauer der Patienten	<input type="checkbox"/> über 24 Stunden Verweildauer der Patienten
--	---

Sonstiges: _____

Zusatzangaben

Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung „Plastische Chirurgie“? nein ja, seit: _____

Welche kosmetischen, d. h. medizinisch nicht indizierten Behandlungen bzw. Operationen werden durchgeführt?

Art	Anzahl/Jahr	Art	Anzahl/Jahr
<input type="checkbox"/> Face Liftings		<input type="checkbox"/> Brustverkleinerung	
<input type="checkbox"/> Falten- und Narbenunterspritzung		<input type="checkbox"/> Brustvergrößerung	
<input type="checkbox"/> Lidkorrekturen		<input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastik	
<input type="checkbox"/> Nasenkorrekturen		<input type="checkbox"/> Gesäßplastik	
<input type="checkbox"/> Ohrkorrekturen		<input type="checkbox"/> Reithosenplastik	
<input type="checkbox"/> Korrekturen am Hals/im Halsbereich		<input type="checkbox"/> Atherom-Entfernung	
<input type="checkbox"/> Fettabsaugungen		Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Hauttumor-Entfernung			
<input type="checkbox"/> Naevus-Entfernung			

Sonstige ärztliche Risiken/Besonderheiten

Werden Organ- und/oder Gelenkpunktionen, intraartikuläre Injektionen und/oder Filtrationen vorgenommen? nein ja

Durchführung von Off Label-Use nein ja

Betreuen Sie Profisportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften oder unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis? nein ja

Falls ja, bitte detaillierte Angaben über die Art der Tätigkeit.

Führen Sie eine Auslandstätigkeit durch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ggf. bitte gesondert erläutern
Art, Umfang der Aufklärung	<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/>
Welche Aufklärungsbogen werden verwendet?	<input type="checkbox"/> Diomed	<input type="checkbox"/> Pro-Compliance
	<input type="checkbox"/> andere/eigene (Muster bitte einreichen)	

Ich bin einverstanden, dass der Versicherer Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder aus der Vertragsdurchführung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie an andere Versicherer zur Beurteilung des Risikos übermittelt und Datensammlungen führt, soweit diese der ordnungsgemäßen Durchführung des Versicherungsvertrages dienen.

Auf Grundlage der Produktinformationen und weitergehenden Erläuterungen beauftrage ich/beauftragen wir Sie, den oben aufgeführten Versicherungsschutz zu vermitteln, und bevollmächtige/bevollmächtigen Sie deshalb, mich/uns aktiv und passiv gegenüber Versicherern zu vertreten einschließlich der Abgabe und Entgegennahme aller den hier genannten Versicherungsschutz betreffenden Willenserklärungen und Anzeigen. Diese Vollmacht kann von mir/uns jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers

Ich bin/wir sind bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Prämien jeweils zum Ersten des Monats, in dem sie fällig sind, von nachstehendem Konto eingezogen werden. Dies gilt auch für Ersatz-/Folgeverträge. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht übernommen.

IBAN	BIC
Kreditinstitut	Kontoinhaber

Ort/Datum Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:
Telefax +49 5231 603-606363
E-Mail bdc@ecclesiaMED.de