

# Risikoanalyse

zum Haftpflichtversicherungsschutz  
für BDC-Mitglieder



|                                                                                                                                   |         |                                                                                         |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 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                                                                                |                                                                |
| <b>Betriebsart/Praxisform</b>                                                                                                     |         | <b>Rechtsform</b>                                                                       |                                                                |
| <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                                                                                |         |                                                                                         |                                                                |
| <b>Vorversicherung</b>                                                                                                            |         |                                                                                         |                                                                |
| 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)                  |         |                                                                                         |                                                                |
| <b>Tätigkeitsumfang</b>                                                                                                           |         |                                                                                         |                                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Freiberufliche ärztliche Tätigkeit ohne Anstellung und ohne eigene Praxis/Honorarärzte</b>            |         |                                                                                         |                                                                |
| <input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen <input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit |         |                                                                                         |                                                                |
| <input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit                                                                       |         |                                                                                         |                                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Freiberufliche ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis</b>                                              |         |                                                                                         |                                                                |
| <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): _____                                                 |

|                                                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Arzt im Dienst-/Anstellungsverhältnis</b>                                                             |                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Chefarzt                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Oberarzt                                                                         | <input type="checkbox"/> Assistenzarzt                                       | <input type="checkbox"/> mit Facharztanerkennung<br><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 |                                                                              |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Notarzt</b>                                                                                           | <input type="checkbox"/> freiberufliche Tätigkeit                                                         | <input type="checkbox"/> dienstliche Tätigkeit                               | Einsätze/Monat: _____                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Restrisikoabsicherung (gelegentliche außerdienstliche ärztliche Tätigkeit/Ruhestandsversicherung)</b> |                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> mit Praxisvertretungen und mit Gutachtertätigkeit                                                        |                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ohne Praxisvertretungen und ohne Gutachtertätigkeit |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> ausschließlich gutachterliche Tätigkeit                                                                  |                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Tageskliniken/OP-Zentren</b>                                                                          |                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> bis 24 Stunden Verweildauer der Patienten                                                                |                                                                                                           | <input type="checkbox"/> über 24 Stunden Verweildauer der Patienten          |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> _____                                                                                  |                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                       |

|                                                                                                                                   |             |                                             |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Zusatzangaben</b>                                                                                                              |             |                                             |                                                                  |
| Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung „Plastische Chirurgie“? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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"/> Naevus-Entfernung  |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Falten- und Narbenunterspritzung                                                                         |             | <input type="checkbox"/> Brustverkleinerung |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Lidkorrekturen                                                                                           |             | <input type="checkbox"/> Brustvergrößerung  |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Nasenkorrekturen                                                                                         |             | <input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastik |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ohrkorrekturen                                                                                           |             | <input type="checkbox"/> Gesäßplastik       |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Korrekturen am Hals/im Halsbereich                                                                       |             | <input type="checkbox"/> Reithosenplastik   |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Fettabsaugungen                                                                                          |             | <input type="checkbox"/> Atherom-Entfernung |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Hauttumor-Entfernung                                                                                     |             | Sonstiges:                                  |                                                                  |
| <b>Sonstige ärztliche Risiken/Besonderheiten</b>                                                                                  |             |                                             |                                                                  |
| Werden Organ- und/oder Gelenkpunktionen, intraartikuläre Injektionen und/oder Filtrationen vorgenommen?                           |             | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> ja                                      |
| Durchführung von Off Label-Use                                                                                                    |             | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> ja                                      |
| Betreuen Sie Profisportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften, unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis?         |             | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> ja                                      |
| Falls ja, bitte detaillierte Angaben über die Art der Tätigkeit.                                                                  |             |                                             |                                                                  |
| <b>Führen Sie eine Auslandstätigkeit durch?</b>                                                                                   |             | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> ja, ggf. bitte gesondert erläutern      |
| <b>Art, Umfang der Aufklärung</b>                                                                                                 |             | <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)                                                                  |             |                                             |                                                                  |

Bitte erstellen Sie ein Angebot zum Haftpflichtversicherungsschutz für Ärzte.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:

**Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Ecclesiastraße 1-4, 32758 Detmold**  
Telefax +49 5231 603-606363 | E-Mail [bdc-versicherungsservice@ecclesia.de](mailto:bdc-versicherungsservice@ecclesia.de)

# Datenschutzerklärung und Information gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO

## Allgemeines

Wir messen dem Schutz Ihrer Privatsphäre höchste Bedeutung bei und halten uns bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten streng an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Bitte leiten Sie diese Information auch an die aktuellen und künftigen vertretungsberechtigten Personen und eventuell mitversicherte Personen weiter.

## Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold  
Telefon +49 5231 603-0  
Fax +49 5231 603-197  
E-Mail [info@ecclesia.de](mailto:info@ecclesia.de)

## Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH  
Datenschutzbeauftragter  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold  
Telefon +49 5231 603-6129  
Fax +49 5231 603-606129  
E-Mail [dsb@ecclesia.de](mailto:dsb@ecclesia.de)

## Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen, sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen. Dazu gehören insbesondere die Vermittlung von Versicherungsdienstleistungen und die damit verbundenen Deckungsanfragen, Vertragsabschlüsse, Vertragsverwaltung und Abwicklung von Schadenfällen. Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Artikel 6 Absatz 1 lit. b DS-GVO.

Soweit wir Ihre personenbezogenen Daten nicht direkt bei Ihnen erhoben haben (beispielsweise im Zusammenhang mit der Abwicklung von Schadenfällen), ergibt sich die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung aus Artikel 6 Absatz 1 lit. f DS-GVO, dem berechtigten Interesse von uns oder von Dritten. Das berechtigte Interesse besteht darin, unseren Kunden im Zusammenhang mit einem Schadenfall und in allen damit verbundenen versicherungsrechtlichen Angelegenheiten effizient zu begleiten. Ohne diese Datenverarbeitung kann eine Abwicklung von Schadenfällen nicht oder nur erschwert erfolgen.

Im Falle der Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten erfolgt diese Verarbeitung ausschließlich aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ergibt sich aus Artikel 9 Absatz 2 lit. a DS-GVO.

## Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen.

Für die Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen werden unterschiedliche Kategorien von personenbezogenen Daten verarbeitet. Beispiele hierfür sind Name, Anschrift, Bankverbindung, Kommunikationsdaten, Versicherungsvertragsnummern etc.

Besondere Kategorien personenbezogener Daten werden in der Regel nur mit Ihrer Einwilligung verarbeitet. Dabei handelt es sich unter anderem um Gesundheitsdaten. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ergibt sich in diesem Fall aus Artikel 9 Absatz 2 lit. a DS-GVO. In bestimmten Fällen ist eine Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten erforderlich, zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Die entsprechende Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist Artikel 9 Absatz 2 lit. f DS-GVO.

## Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt ausschließlich aufgrund Ihrer erteilten Einwilligung oder aufgrund eines gesetzlichen Erlaubnistatbestandes. Unsere Mitarbeitenden sind darüber hinaus zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze verpflichtet.

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an auskunftsberechtigte staatliche Institutionen und Behörden erfolgt nur im Rahmen der einschlägigen Gesetze oder wenn wir hierzu aufgrund einer behördlichen oder gerichtlichen Entscheidung verpflichtet sind.

Insbesondere im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen, Vertragsverwaltungen und Abwicklungen von Leistungs- und Schadenfällen kann es erforderlich sein, Ihre Daten an andere Stellen weiterzugeben oder von diesen zu empfangen. Hierbei handelt es sich um

- Versicherungsnehmer,
- verbundene Unternehmen,
- Versicherer,
- Rückversicherer,
- Versicherungsvermittler,
- technische Dienstleister,
- Sozialversicherungsträger,
- Finanzdienstleistungsinstitute,
- Rechtsanwälte sowie
- Gutachter.

Zur technischen Durchführung der Maklerdienstleistungen haben wir die Ecclesia Holding GmbH im Rahmen eines Vertrages zur Auftragsverarbeitung beauftragt, Ihre personenbezogenen Daten in unserem Auftrag zu verarbeiten.

Eine Datenübermittlung in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (Drittländer) findet nur statt, soweit dies zur Ausführung unserer Tätigkeit erforderlich ist oder Sie uns Ihre Einwilligung erteilt haben oder dies anderweitig gesetzlich zulässig ist. In diesem Fall ergreifen wir Maßnahmen, um den Schutz Ihrer Daten sicherzustellen. Wir übermitteln ausschließlich an Empfänger, die den Schutz Ihrer

Daten nach den Vorschriften der DS-GVO für die Übermittlung an Drittländer (Artikel 44 bis 49 DS-GVO) sicherstellen.

### **Ihre Sicherheit**

Wir schützen Ihre Daten durch technische und organisatorische Maßnahmen vor unberechtigtem Zugriff, Verlust, Manipulation oder Zerstörung. Unsere Sicherheitsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung stetig aktualisiert.

### **Dauer der Speicherung**

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen und den damit verbundenen gesetzlichen Pflichten gespeichert. Sofern Ihre personenbezogenen Daten für diesen Zweck nicht mehr erforderlich sind, werden sie automatisch gelöscht.

Zu unseren Maklerdienstleistungen und den damit verbundenen gesetzlichen Pflichten gehören insbesondere die Aufbewahrung von Dokumenten und Informationen im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (bis zu zehn Jahre) sowie der Nachweis einer ordnungsgemäßen Beratung und Vertragserfüllung (gemäß den gesetzlichen Verjährungsfristen bis zu 30 Jahre).

### **Betroffenenrechte**

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die zu Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten. Sie haben darüber hinaus gemäß der Artikel 16 bis 20 DS-GVO das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, das Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Datenübertragung.

#### **Recht auf Widerspruch der Verarbeitung**

Nach Artikel 21 Absatz 1 DS-GVO können Sie der aufgrund Artikel 6 Absatz 1 lit. f DS-GVO erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, unter der oben genannten Adresse des Verantwortlichen widersprechen. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

#### **Recht auf Widerruf der Einwilligung**

Sie haben jederzeit das Recht, eine erteilte Einwilligung zu widerrufen. Der Widerruf gilt mit sofortiger Wirkung für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund einer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen werden durch den Widerruf nicht berührt.

### **Beschwerderecht**

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DS-GVO verstößt, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

### **Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten**

Die Erfüllung unserer Maklerdienstleistungen ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Daher ist es erforderlich, dass Sie personenbezogene Daten preisgeben.

In bestimmten Fällen, beispielsweise im Schadenfall, kann es sich um freiwillige Informationen handeln. Wo dies der Fall ist, weisen wir Sie entsprechend darauf hin. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Ihnen mitgeteilten Zwecke verarbeitet.

### **Quellen, aus denen Ihre personenbezogenen Daten stammen**

Soweit wir Ihre personenbezogenen Daten nicht direkt bei Ihnen erhoben haben, stammen diese Daten aus folgenden Quellen:

- Mitteilung unserer Kunden
- Versicherer
- Rückversicherer
- Versicherungsvermittler
- Sozialversicherungsträger
- Rechtsanwälte
- Gutachter
- öffentlich zugängliche Quellen (z. B. amtliche Register, Adressverzeichnisse, Internet)

### **Fragen, Anregungen, Beschwerden**

Wenn Sie weitergehende Fragen zu den Hinweisen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten haben, können Sie sich an uns oder direkt an unseren Datenschutzbeauftragten unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten wenden.