

## Antrag zur Regress-Versicherung

Bitte zurücksenden an:

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH  
Funk Ärzte Service  
Postfach 30 17 60  
20306 Hamburg

**fax: +49 40 35914-73504**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die mit der R+V Allgemeine Versicherung AG bestehende Regress-Versicherung für Ärzt\*innen.

---

### Angaben zum Antragsteller

Name und Anschrift der antragstellenden Person

Geburtsdatum

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

Unterliegt dieser E-Mail-Account der TLS-Verschlüsselung?

ja

nein

Fachrichtung

### Niederlassungsform

Prämie je Arzt/Inhaber

Einzelpraxis; Praxisgemeinschaft Prämie 350 €

Gemeinschaftspraxis/Partnerschaftsgesellschaft; Prämie 300 € (bitte Namen der einzelnen Partner angeben)

Hinweis: Wird eine Gemeinschaftspraxis/Partnerschaftsgesellschaft betrieben, so müssen sich alle Partner der Einrichtung versichern.

Beschäftigen Sie in Ihrer Einrichtung angestellte Ärzt\*innen?

ja

nein

Falls ja, müssen diese gesondert (unabhängig von der Praxisform) mitversichert werden.

Anzahl der angestellten Fachärzt\*innen in der Einrichtung/Praxis

Namen und Fachrichtungen dieser angestellten Fachärzte

Sonstige Kooperationsformen (z. B. MVZ, Praxiskliniken etc.)

Anzahl der Vertragsarztsitze:

Anzahl der Leistungserbringenden:

Namen der Leistungserbringenden:

## Antrag zur Regress-Versicherung

KV-übergreifende Gemeinschaftspraxis  ja  nein

Wenn ja, Angabe des Stammsitzes der Praxis

---

Versicherungssumme:  100.000 €  150.000 € (= + 35 % Zuschlag auf die Jahresprämie)

Die Versicherungssumme ist im Versicherungsjahr einfach maximiert.

Selbstbeteiligung: 100 € fest

Im Fall des Regresses aufgrund der Überschreitung einer individuell (praxisbezogenen) vereinbarten Richtgröße (§ 106 Absatz 5 d) SGB V) beträgt der Selbstbehalt des Versicherungsnehmers 25 %, mindestens jedoch 250 €.

Alle o. g. Prämien verstehen sich zzgl. 19 % Versicherungssteuer

Zahlweise: jährlich

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_, 12 Uhr

Laufzeit:  1 Jahr mit anschließender jährlicher Verlängerung

Wird eine Laufzeit von 3 Jahren gewünscht?

ja  nein

Sofern „ja“, wird diese Möglichkeit stets im Einzelfall geprüft.

---

### Angaben zu Versicherungsschutz und Vorschäden

Besteht/bestand bei anderen Versicherungsunternehmen eine Regress-Versicherung?

ja  nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Versicherungsschein-Nr.

---

Ist Ihnen bereits eine Regress-Versicherung gekündigt oder ein entsprechender Antrag abgelehnt worden?

ja  nein

Wenn ja, aus welchem Grund?

---

Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst/eingeleitet oder wurden Sie wegen Regress in Anspruch genommen?

ja  nein

Wenn ja, aus welchem Grund?

---

Diesen Antrag sende ich an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG eine Vertrags- und Schadenauskunft zur Regress-Versicherung bei Bedarf bei dem o. g. Versicherer einholt.

Ohne diese zwingenden Angaben (Vorversicherer/Vorschäden) ist die Erteilung einer Deckung nicht möglich.

## Antrag zur Regress-Versicherung

---

---

### 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.

---

---

### 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