

# Auftrag zur Ausfertigung einer Regress-Versicherungspolice



Rück-/Faxantwort +49 (0) 5231 603 60 6363 oder einsenden an Ecclesia med GmbH, Ecclesiastraße 1 – 4, 32758 Detmold

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die mit der ERGO Versicherung AG bestehende Regressversicherung für Ärzte ab Beginn des Jahresquartals (1. Januar, 1. April, 1. Juli oder 1. Oktober), das auf den Eingang meines Antrages bei Ecclesia med GmbH folgt. Die Versicherungssumme beträgt 130.000,- €, die Jahresprämie 320,- € zzgl. 19 % Versicherungssteuer (60,80 €). Selbstbeteiligung: 25 % der Regresssumme, mindestens 250,- €, höchstens 5.000,- €.

## Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

Der Abschluss der Regressversicherung ist **nur für Mitglieder des NAV-Virchow-Bund**, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. möglich. Wenn Sie bereits Mitglied sind, geben Sie hier \_\_\_\_\_ bitte Ihre Mitgliedsnummer an. Sollten Sie noch kein Mitglied sein, müssen Sie die Mitgliedschaft zusammen mit dem Versicherungsschutz beantragen. Reichen Sie dann bitte diesen Antrag auf Versicherungsschutz zusammen mit dem Mitgliedsantrag (siehe Anlage) vollständig ausgefüllt ein.

Titel, Vor- und Zuname		Fachgruppe	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefon		Geburtsdatum	
<b>Niederlassungsform</b>			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis		Name der einzelnen Partner	
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/ Partnergesellschaft		Name der einzelnen Partner	
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft		Name der Leistungserbringer	
<input type="checkbox"/> Sonstige Kooperationsformen (z. B. MVZ)		Name der Leistungserbringer	
Anzahl Vertragsarztsitze	Anzahl Leistungserbringer	Name der Leistungserbringer	
		Name der Leistungserbringer	
KV-übergreifende Gemeinschaftspraxis/Praxis		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, Angabe des Stammsitzes der Praxis	
Wenn MVZ, besteht eine Beteiligung oder wirtschaftliche Beherrschung durch eine Klinik?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Versicherungsschutz</b>			
Besteht/Bestand bei anderen Versicherungsunternehmen eine Regressversicherung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnehmer, Gesellschaft, Vers.-Schein-Nr.
Ist Ihnen bereits eine Regressversicherung gekündigt oder ein Antrag darauf abgelehnt worden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst/eingeleitet oder wurden Sie wegen Regress in Anspruch genommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

## Ich ermächtige die Ecclesia med GmbH, die Prämie von meinem Konto abzubuchen.

Kreditinstitut	Kontoinhaber
IBAN	BIC

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Anlage

Sie kümmern sich um Ihre Patienten,  
wir uns um den Rest.

NAV-Virchow-Bund  
Verband der niedergelassenen Ärzte  
Deutschlands e. V.  
Chausseestraße 119 b, 10115 Berlin  
Tel.: 030 28 87 74-0 | Fax: 030 28 87 74-113  
info@nav-virchowbund.de  
www.nav-virchowbund.de

### Beitrittserklärung zum NAV-Virchow-Bund

Akad. Grad, Vorname, Nachname	
<input type="radio"/> niedergelassen <input type="radio"/> angestellt	und/oder <input type="radio"/> Oberarzt <input type="radio"/> Assistenzarzt <input type="radio"/> Medizinstudent
Fachrichtung	
geb. am	Niederlassung seit / geplant zum (MM, JJJJ)
<b>Praxisanschrift</b> Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
<b>Privatanschrift</b> Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon	Fax
E-Mail	
Bitte senden Sie mir Post bevorzugt an diese Adresse: <input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Praxis	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? <input type="radio"/> Kollegen <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Zeitung / Zeitschrift <input type="radio"/> Flyer/Broschüre <input type="radio"/> Sonstiges	

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum NAV-Virchow-Bund.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit monatlich € 25,00. Für Assistenzärzte und angestellte Ärzte beträgt er monatlich € 15,00, für Medizinstudenten monatlich € 1,50. Eine außerordentliche Mitgliedschaft von Medizinstudenten wird mit der Approbation automatisch zur ordentlichen Mitgliedschaft. **Der Beitrag ist steuerlich als Betriebsausgabe/ Werbungskosten absetzbar.**

Datenschutzbelehrung: Die Angaben der vereinsrechtlich notwendigen Datenfelder der Beitrittserklärung sind verpflichtend und dienen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b) der Datenschutzgrundverordnung der Verfolgung der Vereinsziele und der Betreuung und Verwaltung der Mitglieder und werden in unseren EDV-Systemen gespeichert. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung im Internet: [www.nav-virchowbund.de/impresum\\_\\_datenschutz.php](http://www.nav-virchowbund.de/impresum__datenschutz.php).