Auftrag
zur Ausfertigung einer
Regress-Versicherungspolice

ECCLESIA MED

Rück-/Faxantwort +49 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 Ärztinnen und Ärzte ab Beginn des Jahresquartals (1. Januar, 1. April, 1. Juli oder 1. Oktober), das auf den Eingang meines Antrages bei der 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 VirchowBund**, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und 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

Niederlassungsform

☐ Einzelpraxis

☐ Gemeinschaftspraxis/ Partnergesellschaft — Name der einzelnen Partner

☐ Praxisgemeinschaft — Name der einzelnen Partner

☐ Sonstige Kooperationsformen (z. B. MVZ)

Anzahl Vertragsarztsitze	Anzahl Leistungserbringer	Name der Leistungserbringer
		Name der Leistungserbringer

KV-übergreifende Gemeinschaftspraxis/Praxis ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Angabe des Stammsitzes der Praxis

Wenn MVZ, besteht eine Beteiligung oder wirtschaftliche Beherrschung durch eine Klinik? ☐ ja ☐ nein

Versicherungsschutz

Besteht/Bestand bei anderen Versicherungsunternehmen eine Regressversicherung?	☐ ja ► ☐ nein	Versicherungsnehmer, Gesellschaft, Vers.-Schein-Nr.
Ist Ihnen bereits eine Regressversicherung gekündigt oder ein Antrag darauf abgelehnt worden?	☐ ja ☐ nein	
Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst/eingeleitet oder wurden Sie wegen Regress in Anspruch genommen?	☐ ja ☐ nein	

(Ort/Datum) (Unterschrift)

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

Kreditinstitut	Kontoinhaber
IBAN	BIC

(Ort/Datum) (Unterschrift)

Anlage

VirchowBund
Frei in der Praxis

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

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

Beitrittserklärung zum Virchow-Bund

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

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Virchow-Bund.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit monatlich € 25,00. Für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und angestellte Ärztinnen und 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.virchowbund.de/impressum__datenschutz.php.