

Bitte im Original senden an:  
**AWMF-Geschäftsstelle**  
**Birkenstraße 67**  
**10559 Berlin**



## Beitrittserklärung

Hiermit erklären verbindlich wir den **Beitritt zur Vereins-Haftpflichtversicherung der AWMF** (FUNK-NR. 01 054597) für Bürobetrieb, Ausrichtung von medizinischen Kongressen, Tagungen, Veranstaltungen, Delegierten-Konferenzen, interdisziplinäre Arbeitskreise, Kommissionsarbeit und alle sonstigen satzungsgemäßen Aufgaben und Tätigkeiten, insbesondere auch die Veröffentlichung von Leitlinien.

**Die Deckungssumme beträgt 10.000.000 € pauschal für Personen und/oder Sachschäden; 1.000.000 € für Vermögensschäden.**

Die Jahresprämie beträgt derzeit 113,40 € + 19 % Versicherungssteuer = **134,95 €**, zu zahlen an die AWMF. Nach erfolgtem Beitritt erhalten Sie eine Rechnung über diesen Betrag von der AWMF.

**Fachgesellschaft:** .....

**Vertretungsberechtigte Person:** .....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift / Stempel

Informationspflicht gemäß DSGVO:

Die AWMF erhebt Ihre Daten zum Zweck des Beitritts zur Vereins-Haftpflichtversicherung der AWMF. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für die Meldung, den Versicherungsschutz sowie der Abrechnung bzw.

Rechnungsstellung erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nur im Rahmen der Erfüllung des Vertrages an den Versicherungsmakler sowie den Versicherer. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Sie sind berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten, die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.