

# ORIONMEDIC

## Versicherungsantrag für natürliche Medizinalpersonen

Neugeschäft      Vertragsbeginn \_\_\_\_\_      Dauer des Vertrages  5    3    1 Jahr(e)

Der Vertrag bzw. die Vertragsänderung gilt frühestens ab Eingang des Antrags bei Orion.

Vertragsänderung zu Police Nr. \_\_\_\_\_      Vertragsänderung ab \_\_\_\_\_

### 1. Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

Frau    Herr

Titel: \_\_\_\_\_

Name Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

Privatadresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Medizinischer Fachbereich (bitte ankreuzen):

- |                                                 |                                                    |                                                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ärzte                  | <input type="checkbox"/> Dipl. Homöopathe          | <input type="checkbox"/> Dipl. Physiotherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Zahnärzte              | <input type="checkbox"/> Dipl. Kunsttherapeuten    | <input type="checkbox"/> Dipl. Podologen         |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktoren         | <input type="checkbox"/> Dipl. Logopäden           | <input type="checkbox"/> Dipl. Psychologen       |
| <input type="checkbox"/> Apotheker              | <input type="checkbox"/> Dipl. Malthérapeuten      | <input type="checkbox"/> Dipl. Psychotherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Tierärzte              | <input type="checkbox"/> Dipl. med. Masseure       | <input type="checkbox"/> Dipl. Radiologen        |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Dentalhygieniker | <input type="checkbox"/> Dipl. Musiktherapeuten    | <input type="checkbox"/> Dipl. Tiertherapeuten   |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Ergotherapeuten  | <input type="checkbox"/> Dipl. Operationsfachleute | <input type="checkbox"/> Krankenschwestern       |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Gerontologen     | <input type="checkbox"/> Dipl. Orthopäden          | <input type="checkbox"/> Pflegefachpersonal      |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Hebammen         | <input type="checkbox"/> Dipl. Osteopathen         |                                                  |

### 2. Betriebs-, Privat-, und Verkehrs-Rechtsschutz

Wählbare Produkte	Standard		Premium	
	Betriebs-, Privat - und Verkehrs-Rechtsschutz	Betriebs-Rechtsschutz	Betriebs-, Privat - und Verkehrs-Rechtsschutz	Betriebs-Rechtsschutz
Selbständige Medizinalpersonen	<input type="checkbox"/> CHF 525	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 840	<input type="checkbox"/> CHF 500
<b>Zusatzdeckungen im Betriebs-Rechtsschutz</b>				
Weitere selbständig erwerbende Medizinalpersonen am selben Standort: Name / Vorname, Privatadresse _____ _____	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
Name / Vorname, Privatadresse _____ _____	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
Weitere Praxis an zweitem Standort _____	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
Ausschluss Wirtschaftlichkeitsprüfung (Überarztung gem. Art. B2 Abs. 12 AVB)	<input type="checkbox"/> - CHF 50	<input type="checkbox"/> - CHF 50	<input type="checkbox"/> - CHF 60	<input type="checkbox"/> - CHF 60
Ausschluss TARMED (Art. B2 Abs. 13 AVB)	<input type="checkbox"/> - CHF 50	<input type="checkbox"/> - CHF 50	<input type="checkbox"/> - CHF 60	<input type="checkbox"/> - CHF 60
<b>Total Jahresprämie (inkl. Stempelsteuer)</b>				

Die Wahl der Grunddeckung (Standard oder Premium) gilt auch für die Zusatzdeckungen

Wählbare Produkte	Standard	Premium
Angestellte Medizinalpersonen (Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz)	<input type="checkbox"/> CHF 225	<input type="checkbox"/> CHF 375

### 3. Antragsfragen (die folgenden Fragen beziehen sich auf den Versicherungsnehmer, seine Praxispartner sowie die mit ihm in Wohngemeinschaft lebenden Personen)

Nein Ja

a) War oder ist eine versicherte Person bereits anderweitig rechtsschutzversichert? Falls ja, bei wem: \_\_\_\_\_

Betriebs-Rechtsschutz: \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr: \_\_\_\_\_

Privat-/ Verkehrs-Rechtsschutz: \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr: \_\_\_\_\_

Wurden bzw. werden diese Versicherungen gekündigt? Falls ja, welche?

Betriebs-Rechtsschutz  Privat-/ Verkehrs-Rechtsschutz

Per wann? \_\_\_\_\_ Durch wen?  Versicherte Person  Versicherungsgesellschaft

b) \*Ist eine versicherte Person Renten- oder Taggeldbezüger oder wurden entsprechende Anträge gestellt?

Falls ja, gegenüber wem:  Invalidenversicherung  Krankentaggeldversicherung

Unfallversicherung  Arbeitslosenversicherung

Name / Geburtsdatum dieser Person(en): \_\_\_\_\_

Name der Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Art der Krankheit bzw. Unfallfolgen: \_\_\_\_\_

Allfälliges Unfalldatum: \_\_\_\_\_

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

c) \*Hat eine versicherte Person zur Zeit rechtliche Differenzen oder gibt es andere Ereignisse, die zu Auseinandersetzungen führen könnten oder bereits geführt haben?

Um was für rechtliche Differenzen oder Ereignisse handelt es sich und welche der versicherten Personen sind darin involviert?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit den bei den Antragsfragen b + c deklarierten Sachverhalte sind ausdrücklich vom beantragten Versicherungsschutz ausgeschlossen, da sie ihren Ursprung vor Abschluss dieser Versicherung hatten.

AVB Ausgabe: Orion MEDIC 01/2011

### 4. Unterschriften

Ich erkläre, die obigen Fragen nach bestem Wissen korrekt beantwortet zu haben und verpflichte mich, Änderungen die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, an Orion zu melden.

Ich verpflichte mich zur Entgegennahme der antragsgemäss ausgefertigten Police sowie zur Zahlung der Prämie. Ich bestätige, die gesetzlichen Informationen (Art. 3 VVG) sowie die massgebenden Vertragsbedingungen erhalten zu haben. Ich ermächtige Orion, Daten zu bearbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben. Diese Ermächtigung umfasst insbesondere die Datenaufbewahrung, die Verwendung der Daten für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Orion kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung weiterleiten. Sofern ein Makler oder Vermittler für mich handelt, ist Orion ermächtigt, diesem Kundendaten – wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Inkasso und Versicherungsfälle – bekannt zu geben. Ferner wird Orion ermächtigt, bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Ich habe das Recht, bei Orion über die Bearbeitung der mich betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

#### Kundenberater:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Vermittlernummer (WOKZ): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_