

Offertbestellformular für juristische Personen im Medizinalbereich

Neugeschäft Vertragsänderung zu Police Nr. Gültig ab: Vertragsdauer: 5 3 1 Jahr(e)
Der Vertrag bzw. die Vertragsänderung beginnt frühestens ab Eingang des Antrags bei Orion.

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

Rechtsform: AG GmbH Kollektiv-Gesellschaft Firmenname:
 Strasse: PLZ / Ort:
 Telefon: Email: Homepage:
 Medizinischer Fachbereich:
 AHV-Lohnsumme: Jahresumsatz:

Anzahl Mitarbeitende (Angaben beziehen sich auf alle zu versichernden Standorte):

Anzahl	Funktion
	Teilhaber im Angestelltenverhältnis
	Medizinische Fachangestellte (z.B. Ärzte, Chiropraktoren, Physiotherapeuten etc.)
	Arztgehilfinnen und -assistentinnen / Büropersonal / Empfang
	Andere:

Adressen weiterer Standorte:

Medizinischer Fachbereich

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Wird eine Betriebs-Verkehrs-Rechtsschutzversicherung gewünscht? Ja Nein

Zu versichernde Kontrollschilder (weitere bitte separat aufführen)

Kontrollschild: **Halter (sofern nicht identisch mit Firmenname: Name, Vorname Adresse):**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Für welche Teilhaber wird zusätzlich eine Privat- und Verkehrs-Rechtsschutzversicherung gewünscht?

Name/Vorname	Privat-Adresse	Geburtsdatum	Nationalität

- 1.
- 2.
- 3.

Offerte senden an: 