



Proposition d'assurance pour personnes morales du domaine médical

Veuillez utiliser [le formulaire de demande d'offre ORION PRO](#) en cas de chiffre d'affaires annuel de CHF 4 Mio

Nouvelle affaire <input type="checkbox"/>	Début du contrat Le contrat est valable au plus tôt lors de la réception de la proposition par Orion. <input type="text"/>	Durée du contrat <input type="text"/>
Modification du contrat pour la police numéro. <input type="checkbox"/>	Modification dès le (La modification est valable au plus tôt lors de la réception de la proposition par Orion.) <input type="text"/>	

1. Demandeur/Preneur d'assurance (siège de l'entreprise)

Nom de l'entreprise: <input type="text"/>	Forme juridique <input type="text"/>	
Rue <input type="text"/>	Nom / Prénom du propriétaire de l'entreprise <input type="text"/>	
NPA / localité <input type="text"/>	Adresse (résidence) <input type="text"/>	
Numéro téléphonique <input type="text"/>	NPA / localité <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/>	
Domaine médical <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	
	(Seulement avec autorisation de l'UWR Orion.)	
Somme salariale AVS* <input type="text"/>	Nombre de collaborateurs <input type="text"/>	Chiffre d'affaires annuel CHF <input type="text"/>

*(y compris le propriétaire, le personnel à temps partiel ainsi que le personnel des succursales)

2. Couverture d'assurance

Produits à choisir	Standard*		Premium*	
	PJ Entreprise, privée et circulation	Seulement PJ Entreprise	PJ Entreprise, privée et circulation	Seulement PJ Entreprise
Cabinet assuré (y compris le propriétaire qui fait la proposition)	<input type="checkbox"/> CHF 535	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 895	<input type="checkbox"/> CHF 500
Couvertures complémentaires Autre cabinet au deuxième lieu de risque <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CHF 250		<input type="checkbox"/> CHF 350
Couverture complémentaire pour autres partenaires du cabinet Nom / Prénom, Adresse <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
Couverture complémentaire pour autres partenaires du cabinet Nom / Prénom, Adresse <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
Exclusion de vérification du caractère économique des prestations (surmédicalisation selon art. B2 al. 3)	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 25	<input type="checkbox"/> -CHF 25
Exclusion TARMED (art. B2 al. 4)	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 25	<input type="checkbox"/> -CHF 25
Prime totale annuelle (incl. timbre fédéral)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

*Le choix de la couverture de base (Standard ou Premium) est valable également pour les couvertures complémentaires. Pour l'inclusion d'autres propriétés de biens-fonds et/ou la protection juridique du bailleur, veuillez svp demander une offre proposition@orion.ch. Dans le cas du choix «Seulement PJ Entreprise», la PJ circulation n'est pas assurée.

3. Questions de la proposition (les questions ci-après se rapportent au preneur d'assurance, à ses partenaires de cabinet ainsi qu'aux personnes vivant en ménage commun)

Oui Non

a) Une personne à assurer est-elle ou était-elle déjà assurée en protection juridique?

Police protection juridique d'entreprise
Police protection juridique privée/de circulation

Oui Non

Ces assurances ont-elles été ou vont-elles être annulées?

Police protection juridique d'entreprise Police protection juridique privée/de circulation

Pour quelle date? Par qui? Personne assurée Compagnie d'assurance

Compagnie Motif

Oui Non

b) *Une personne assurée bénéficie-t-elle d'une rente ou d'une indemnité journalière ou des demandes correspondantes sont-elles en cours?

Si oui, auprès de qui?

Assurance invalidité Assurance indemnité journalière Assurance accident Assurance chômage

Nom / Date de naissance de cette personne

Oui Non

c) *Une personne à assurer souffre-t-elle de maladies ou des suites d'un accident?

Si oui, nom / date de naissance de la personne

Si oui, de quel type de maladie ou de quelles conséquences s'agit-il?

Date de l'accident : la personne concernée est-elle actuellement en incapacité de travail totale ou partielle ? Oui Non

Oui Non

d) Une personne à assurer a-t-elle à l'heure actuelle des divergences juridiques resp. existe-t-il autres événements qui pourraient conduire ou qui ont conduit à des litiges?

Si oui, de quels divergences juridiques ou événements s'agit-il (le cas échéant, veuillez mentionner la date et les personnes impliquées)

*Étant donné que les événements déclarés aux questions relatives à la proposition b), c) et d) se sont produits avant la conclusion de cette assurance, tous les litiges en relation avec ces événements sont exclus de l'assurance de protection juridique proposée. Veuillez prendre note des conditions particulières à la réception des polices.

CGA Édition Orion MEDIC 04/21

4. Signatures

Je déclare avoir répondu correctement et de bonne foi aux questions posées et m'engage à annoncer à Orion tout changement intervenant avant le début de la couverture d'assurance définitive.

Je m'engage à accepter la police établie conformément à la proposition ainsi qu'à verser la prime. Je confirme avoir reçu les informations légales (art. 3 LCA) ainsi que les conditions contractuelles déterminantes. J'autorise Orion à traiter les données issues de la documentation contractuelle ou de l'exécution du contrat.

Orion traite les données personnelles entre autres dans le cadre de la conclusion et de l'exécution du contrat. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de données par Orion (sur les finalités, les destinataires des données, la conservation et les droits des personnes concernées, etc.) et sur la protection des données en général dans la politique de protection des données sur orion.ch/protection-des-donnees. Cette dernière peut également être demandée auprès d'Orion Assurance de Protection Juridique SA, protection des données, case postale, CH 4052 Bâle, datenschutz@orion.ch.

Lieu / Date

Signature du demandeur (noter toute signature collective selon l'entrée RH) _____

Conseiller:

Nom / Prénom

Numéro d'acquisition (WOKZ)

Tél.

E-Mail

Remarques

Attention : Pour envoyer la demande directement par mail, la signature digitale de l'assuré est obligatoire.



Ces formulaires d'adresse préimprimés peuvent être utilisés à des fins de renvoi.
Pliés, ils se glissent dans une enveloppe C4/C5 avec fenêtre à gauche ou à droite.



Orion Rechtsschutz-Versicherung AG
Aeschenvorstadt 50
Postfach
4002 Basel

Orion Rechtsschutz-Versicherung AG
Aeschenvorstadt 50
Postfach
4002 Basel