



# Domanda d'offerta per persone giuridiche del settore medico

Si prega di utilizzare [la domanda d'offerta ORION PRO](#) per la cifra d'affari vendite annuali di CHF 1,5 milioni o più.

Nuovo affare <input type="checkbox"/>	Inizio del contratto (il contratto entra in vigore al più presto con l'entrata della proposta alla Orion.) <input type="text"/>	Durata del contratto <input type="text"/>
Modifica del contratto numero <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Modifica a partire da (la modifica del contratto entra in vigore al più presto con l'entrata della proposta alla Orion.) <input type="text"/>	

## 1. Proponente/Contraente dell'assicurazione (Sede dell'impresa)

Nome dell'impresa: <input type="text"/>	Forma giuridica <input type="text"/>
Indirizzo (dittà) <input type="text"/>	Nome/Cognome del proprietario d'impresa <input type="text"/>
Codice postale/Luogo <input type="text"/>	Indirizzo (residenza) <input type="text"/>
Telefono <input type="text"/>	Codice postale/Luogo <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>
Settore medico specializzato <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>

(solo dopo l'approvazione dell'UWR di Orion.)

Somma dei salari lordi AVS* <input type="text"/>	Numero delle persone occupate <input type="text"/>	Cifra d'affari annuale <input type="text"/>
---	---	--

\*(inclusi il titolare, i dipendenti/collaboratori a tempo parziale nonché i dipendenti/collaboratori delle filiali)

## 2. Copertura assicurativa

Prodotti da selezionare	Standard*		Premium*	
	PG Imprese, privato e circolazione	Solo PG Imprese	PG Imprese, privato e circolazione	Solo PG Imprese
Studio assicurato (incluso il proprietario impresa richiedente)	<input type="checkbox"/> CHF 535	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 895	<input type="checkbox"/> CHF 500
<b>Coperture complementari</b> Ulteriore studio presso una seconda sede <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CHF 250		<input type="checkbox"/> CHF 350
<b>Copertura complementare per altri partner dello studio</b> Cognome/Nome, indirizzo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
<b>Copertura complementare per altri partner dello studio</b> Cognome/Nome, indirizzo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
<b>Esclusione esame dell'economicità</b> (polipragmasia ai sensi dell'art. B2 cpv. 3)	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 25	<input type="checkbox"/> -CHF 25
<b>Esclusione TARMED</b> (art. B2 cpv. 4)	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 25	<input type="checkbox"/> -CHF 25
<b>Totale premio annuo</b> (incl. timbro federale)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

\*La scelta della copertura di base (standard o premium) vale anche per le coperture complementari. Per l'inclusione di altri beni immobiliari e/o la protezione giuridica del locatore, si prega di richiedere un'offerta [proposition@orion.ch](mailto:proposition@orion.ch). In caso di selezione «Solo PG Imprese» la PG di circolazione non è assicurata.

### 3. Domande inerenti alla proposta (le seguenti domande riguardano il contraente, i suoi partner di studio e le persone che vivono nella stessa economia domestica)

Si  No  **a) Una delle persone assicurate era o è già assicurata altrove per la protezione giuridica?**

Protezione giuridica impresa  Protezione giuridica privata/di circolazione

Si  No  **Queste assicurazioni sono state o saranno annullate?**

Protezione giuridica impresa  Protezione giuridica privata/di circolazione

Per quando?  Da chi?  Persone assicurate  Compagnia d'assicurazione

Compagnia  Motivo

Si  No  **b) \*Una delle persone assicurate beneficia di una rendita o di un'indennità giornaliera, o sono state avanzate delle richieste corrispondenti?**

Se sì, presso chi

Assicurazione invalidità ai  Assicurazione malattia  Assicurazione infortunio  Assicurazione contro la disoccupazione

Nome/Data di nascita delle risp. persone

Si  No  **c) \*Una delle persone assicurate soffre di malattie o per conseguenze di un infortunio?**

Se sì, nome/data di nascita delle risp. persone

Tipo di malattia risp. conseguenze di infortunio

Eventuale data dell'infortunio:  Il la persona assicurata è attualmente totalmente o parzialmente inabile al lavoro?  Sì  No

Si  No  **d) Sussistono da parte di una persona assicurata attualmente delle divergenze giuridiche, rispettivamente altri eventi che potrebbero condurre o hanno condotto a controversie?**

Se sì, di quali divergenze giuridiche o eventi si tratta e quali persone sono coinvolte?

\*Visto che i fatti relativi alle domande da b) a d) sono avvenuti prima di aver stipulato il contratto assicurativo, tutte le controversie che concernono tali avvenimenti non sono coperte dall'assicurazione di protezione giuridica. Si prega di fare attenzione alle Condizioni Speciali al momento della ricezione delle polizze.

CGA Edizione Orion MEDIC 04/2021

### 4. Firma

La persona sottoscritta dichiara di aver risposto secondo tutta coscienza e si impegna a notificare a Orion eventuali modifiche che sopravvengano prima dell'inizio della copertura assicurativa definitiva.

Essa si impegna ad accettare la polizza allestita conformemente alla proposta nonché a pagare il premio.

Conferma di aver ricevuto le informazioni legali (art. 3 LCA) nonché le condizioni contrattuali determinanti. Autorizza Orion a elaborare i dati indicati nella documentazione contrattuale o utilizzati per il disbrigo del contratto.

Orion tratta i dati personali inclusi quelli inerenti alla stipulazione e il disbrigo del contratto. Maggiori informazioni sul trattamento dei dati da parte di Orion (ad es. sulle finalità, i destinatari dei dati, la conservazione dei dati e i diritti delle persone interessate) e sulla protezione dei dati in generale sono riportate nella dichiarazione sulla protezione dei dati all'indirizzo [orion.ch/protezione-dei-dati](http://orion.ch/protezione-dei-dati). Per richiedere la dichiarazione sulla protezione dei dati ci si può anche rivolgere alla Orion Assicurazione di Protezione Giuridica SA, Protezione dei dati, Casella postale, 4052 Basilea, [datenschutz@orion.ch](mailto:datenschutz@orion.ch).

Luogo/Data

Firma del proponente

Consulente:

Cognome/Nome

Numero dell'acquisizione (WOKZ)

Tel.

E-Mail

Note

**Attenzione:** Per inviare la proposta direttamente per mail la firma digitale è obbligatoria.



Se piegati, possono essere inseriti in una busta C4/C5  
con finestra a sinistra o a destra.



Orion Rechtsschutz-Versicherung AG  
Aeschenvorstadt 50  
Postfach  
4002 Basel

Orion Rechtsschutz-Versicherung AG  
Aeschenvorstadt 50  
Postfach  
4002 Basel