



## Domanda d'offerta per persone giuridiche del settore medico

Nuovo affare    Modifica del contratto n°

Valida dal: \_\_\_\_\_ Durata del contratto: 5   3   1 anni  
Il contratto, risp. La modifica del contratto, entra in vigore al più presto con l'entrata della proposta alla Orion.

### Proponente (Contraente dell'assicurazione)

Forma giuridica:    SA    Sagl    Società in nome collettivo    Nome dell'impresa:

Via, n°: \_\_\_\_\_ Codice postale / Luogo:

Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Pagina elettronica:

Settore medico specializzato:

Somma dei salari lordi AVS: \_\_\_\_\_ Cifra d'affari annuale:

### Numero delle persone occupate (le informazioni si riferiscono su tutte le sedi assicurate):

**Numero**      **Funzione**

Soci / Azionisti impiegate presso lo studio medico mediante un contratto di lavoro

Impiegati medici (per esempio medici, chiropratici, fisioterapisti ecc.)

Assistenti / impiegati amministrativi / reception

Altri:

**Indirizzi delle sede**

**Settore medico specializzato**

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

Desiderate un'assicurazione di protezione giuridica di circolazione per imprese?    Sì    No

### Targhe d'immatricola (vi preghiamo d'indicare le altre targhe separatamente)

**Targhe d'immatricola**

**Detentore (se differente al nome dell'impresa: cognome, nome, indirizzo)**

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

Per quali soci / azionisti desiderate una offerta per un'assicurazione privata e di circolazione?

**Cognome / nome**

**Indirizzo privato**

**Data di nascita**

**Nazionalità**

- 1.
- 2.
- 3.

**Vi preghiamo d'inviare l'offerta a:**

**entro il :**

Vi preghiamo di ritornare la forma riempita a [info@orion.ch](mailto:info@orion.ch) o via fax al numero 061-285 27 75