



Proposition d'assurance pour les membres de la Fédération suisse des sages-femmes

Domaine médical: Sages-femmes dipl.

Nouvelle affaire

Début du contrat (Le contrat est valable au plus tôt lors de la réception de la proposition par Orion.)

Durée du contrat

Modification du contrat pour la police numéro

Modification dès le (La modification est valable au plus tôt lors de la réception de la proposition par Orion.)

1. Demandeur/Preneur d'assurance (Siège du cabinet)

Mme.

M.

Titre

Nom / Prénom

Adresse (cabinet)

Adresse (résidence)

NPA/ localité

NPA/ localité

Numéro téléphonique

Date de naissance

2. PJ Entreprise, privée et circulation

Produits à choisir

Cabinet

Standard*		Premium*	
PJ Entreprise, privée et circulation	Seulement PJ Entreprise	PJ Entreprise, privée et circulation	Seulement PJ Entreprise
<input type="checkbox"/> CHF 410	<input type="checkbox"/> CHF 230	<input type="checkbox"/> CHF 745	<input type="checkbox"/> CHF 370

Sage-femmes dépendantes (Protection juridique privée et de circulation)

Standard*	Premium*
<input type="checkbox"/> CHF 280	<input type="checkbox"/> CHF 530

*incl. timbre fédéral

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.

