



# Versicherungsantrag für juristische Personen im Medizinalbereich

Bitte verwenden Sie ab einem Jahresumsatz von 4 Mio. Franken das Formular [ORION PRO Offertbestellformular](#).

Neugeschäft <input type="checkbox"/>	Vertragsbeginn (Der Vertrag gilt frühestens ab Eingang des Antrags bei Orion.) <input type="text"/>	Vertragsdauer <input type="text"/>
Vertragsänderung zu Police Nr. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Vertragsänderung ab (Die Vertragsänderung gilt frühestens ab Eingang des Antrags bei Orion.) <input type="text"/>	

## 1. Antragsteller/in bzw. Versicherungsnehmer (Firmensitz)

Name des Betriebes <input type="text"/>	Rechtsform <input type="text"/>
Strasse <input type="text"/>	Name / Vorname des Geschäftsinhabers <input type="text"/>
PLZ / Ort <input type="text"/>	Strasse (Wohnsitzadresse) <input type="text"/>
Telefonnummer <input type="text"/>	PLZ / Ort <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>
Medizinischer Fachbereich <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Andere <input type="text"/>

(Nur nach vorheriger Zustimmung durch das UWR von Orion)

AHV-Lohnsumme* <input type="text"/>	Anzahl Mitarbeitende <input type="text"/>	Jahresumsatz in CHF <input type="text"/>
--	--	---

\*(inkl. Betriebsinhaber, Teilzeitmitarbeitende und Mitarbeitende von Zweigniederlassungen)

## 2. Versicherungsdeckung

Wählbare Produkte	Standard*		Premium*	
	Betriebs-, Privat - und Verkehrs-Rechtsschutz	Nur Betriebs-Rechtsschutz	Betriebs-, Privat - und Verkehrs-Rechtsschutz	Nur Betriebs-Rechtsschutz
Versicherte Praxis (inkl. antragsstellender Geschäftsinhaber)	<input type="checkbox"/> CHF 535	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 895	<input type="checkbox"/> CHF 500
Zusatzdeckungen Weitere Praxis an zusätzlichem Standort <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CHF 250		<input type="checkbox"/> CHF 350
Zusätzlicher Versicherungsschutz für weiteren Praxispartner Name / Vorname, Privatadresse <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
Zusätzlicher Versicherungsschutz für weiteren Praxispartner Name / Vorname, Privatadresse <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 350	<input type="checkbox"/> CHF 250	<input type="checkbox"/> CHF 550	<input type="checkbox"/> CHF 350
<b>Ausschluss Wirtschaftlichkeitsprüfung Überarztung</b> (gem. Art. B2 Abs. 3 AVB)	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 25	<input type="checkbox"/> -CHF 25
<b>Ausschluss TARMED</b> (gem. Art. B2 Abs. 4 AVB)	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 20	<input type="checkbox"/> -CHF 25	<input type="checkbox"/> -CHF 25
<b>Total Jahresprämie</b> (inkl. Stempelsteuer)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

\*Die Wahl der Grunddeckung (Standard oder Premium) gilt auch für die Zusatzdeckungen. Für den Einschluss weiterer Grundstücke und/oder dem Vermieter-Rechtsschutz verlangen Sie bitte eine Offerte [proposition@orion.ch](mailto:proposition@orion.ch). Bei Auswahl «Nur Betriebs-Rechtsschutz» ist der Verkehrs-Rechtsschutz nicht versichert.

### 3. Antragsfragen (Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Versicherungsnehmer, den Praxisinhaber sowie die mit ihm in Wohngemeinschaft lebenden Personen)

Ja  Nein  **a) War oder ist eine zu versichernde Person bereits anderweitig rechtsschutzversichert?**

Betriebs-Rechtsschutz (Vertrags-Nr.)  Privat-/ Verkehrs-Rechtsschutz (Vertrags-Nr.)

Ja  Nein  **Wurden bzw. werden diese Versicherungen gekündigt? Falls ja, welche?**

Betriebs-Rechtsschutz  Privat-/ Verkehrs-Rechtsschutz

Per wann?  Durch wen?  Versicherte Person  Versicherungsgesellschaft

Name der Gesellschaft  Grund

Ja  Nein  **b) \*Ist eine zu versichernde Person Renten- oder Taggeldbezüger oder wurden entsprechende Anträge gestellt?**

Falls ja, gegenüber wem?

Invalidenversicherung  Krankentaggeldversicherung  Unfallversicherung  Arbeitslosenversicherung

Name / Geburtsdatum dieser Person

Ja  Nein  **c) \*Leidet eine zu versichernde Person an Krankheiten oder Unfallfolgen?**

Falls ja, Name / Geburtsdatum dieser Person

Art der Krankheit bzw. Unfallfolgen:

Allfälliges Unfalldatum:  Ist die betroffene Person derzeit voll oder teilweise erwerbsunfähig?  Ja  Nein

Ja  Nein  **d) Hat eine zu versichernde Person zur Zeit rechtliche Differenzen oder gibt es andere Ereignisse, die zu Auseinandersetzungen führen könnten oder bereits geführt haben?**

Um was für rechtliche Differenzen oder Ereignisse handelt es sich (bitte auch allf. Datum und beteiligte Personen angeben)?

\*Sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit den bei den Antragsfragen b), c) + d) deklarierten Sachverhalte sind ausdrücklich vom beantragten Versicherungsschutz ausgeschlossen, da sie ihren Ursprung vor Abschluss dieser Versicherung hatten. Bitte die Besonderen Bedingungen bei Erhalt der Policen beachten.

AVB Ausgabe

Orion MEDIC 04/2021

### 4. Unterschriften

Ich erkläre, die obigen Fragen nach bestem Wissen korrekt beantwortet zu haben und verpflichte mich, Änderungen die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, an Orion zu melden.

Ich verpflichte mich zur Entgegennahme der antragsgemäss ausgefertigten Police sowie zur Zahlung der Prämie. Ich bestätige, die gesetzlichen Informationen (Art. 3 VVG) sowie die massgebenden Vertragsbedingungen erhalten zu haben. Ich ermächtige Orion, Daten zu bearbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben.

Orion bearbeitet Personendaten u.a. im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Vertragsabwicklung. Nähere Informationen zur Datenbearbeitung durch Orion (den Zwecken, den Empfängern von Daten, der Aufbewahrung und den Rechten der betroffenen Personen) und zum Datenschutz im Allgemeinen, finden sich in der Datenschutzerklärung unter [orion.ch/datenschutz](http://orion.ch/datenschutz). Sie kann auch bei der Orion Rechtsschutzversicherung AG, Datenschutz, Postfach, CH 4052 Basel, [datenschutz@orion.ch](mailto:datenschutz@orion.ch), bezogen werden.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers (allfällige Kollektivunterschrift gemäss HR-Eintrag beachten)

**Kundenberater:**

Name / Vorname

Vermittlernummer (WOKZ)

Telefonnummer

E-Mail

Bemerkungen

**Achtung:** Um den Antrag direkt per Mail zu versenden, ist die digitale Unterschrift des Versicherungsnehmers obligatorisch.



Diese Adressvordrucke dienen zur Rücksendung.  
Passt gefalzt in ein C4-/C5-Kuvert mit Fenster links oder rechts.



Orion Rechtsschutz-Versicherung AG  
Aeschenvorstadt 50  
Postfach  
4002 Basel

Orion Rechtsschutz-Versicherung AG  
Aeschenvorstadt 50  
Postfach  
4002 Basel