



# Versicherungsantrag für Mitglieder des Schweizerischen Hebammenverbandes

Medizinischer Fachbereich: Dipl. Hebammen

Neugeschäft

Vertragsbeginn (Der Vertrag gilt frühestens ab Eingang des Antrags bei Orion.)

Vertragsdauer

Vertragsänderung zu Police Nr.

Vertragsänderung ab (Die Vertragsänderung gilt frühestens ab Eingang des Antrags bei Orion.)

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

Frau

Herr

Titel

Name / Vorname

Strasse (Praxisadresse)

Strasse (Wohnsitzadresse)

PLZ / Ort

PLZ / Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum

## 2. Betriebs-, Privat-, und Verkehrs-Rechtsschutz

### Wählbare Produkte

Praxis

Standard*		Premium*	
Betriebs-, Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz	Nur Betriebs-Rechtsschutz	Betriebs-, Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz	Nur Betriebs-Rechtsschutz
<input type="checkbox"/> CHF 410	<input type="checkbox"/> CHF 230	<input type="checkbox"/> CHF 745	<input type="checkbox"/> CHF 370

Angestellte Hebammen (Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz)

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

\*Inklusive Stempelsteuer

### 3. Antragsfragen (die folgenden Fragen beziehen sich auf den Versicherungsnehmer, seine Praxispartner 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

**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.

