



Proposta d'assicurazione per membri della Federazione svizzera delle levatrici

Settore medico specializzato: Levatrici dipl.

Nuovo affare

Inizio del contratto (il contratto entra in vigore al più presto con l'entrata della proposta alla Orion.)

Durata del contratto

Modifica del contratto numero

Modifica a partire da (la modifica del contratto entra in vigore al più presto con l'entrata della proposta alla Orion.)

1. Proponente/Contraente dell'assicurazione (Sede dello studio)

Signora Signore

Titolo

Cognome/Nome

Indirizzo (studio)

Indirizzo (residenza)

Codice postale/Luogo

Codice postale/Luogo

Telefono

Data di nascita

2. Protezione giuridica per imprese, privati e di circolazione

Prodotti da selezionare

Personale sanitario indipendente

Standard*		Premium*	
Imprese, privato e circolazione	Imprese	Imprese, privato e circolazione	Imprese
<input type="checkbox"/> CHF 410	<input type="checkbox"/> CHF 230	<input type="checkbox"/> CHF 745	<input type="checkbox"/> CHF 370

Ulteriore studio presso una seconda sede

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

*(incl. tassa di bollo)

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?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protezione giuridica impresa <input type="text"/>	a) Una delle persone assicurate era o è già assicurata altrove <input type="text"/>
Si	No	Queste assicurazioni sono state o saranno annullate?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Protezione giuridica impresa	<input type="checkbox"/> Protezione giuridica privata/di circolazione
Per quando?	Da chi?	<input type="checkbox"/> Persone assicurate	<input type="checkbox"/> Compagnia d'assicurazione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compagnia	Motivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Si	No	b) *Una delle persone assicurate beneficia di una rendita o di un'indennità giornaliera, o sono state avanzate delle richieste corrispondenti?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, presso chi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Assicurazione invalidità ai	<input type="checkbox"/> Assicurazione malattia
		<input type="checkbox"/> Assicurazione infortunio	<input type="checkbox"/> Assicurazione contro la disoccupazione
Nome/Data di nascita delle risp. persone			
<input type="text"/>			

Si	No	c) *Una delle persone assicurate soffre di malattie o per conseguenze di un infortunio?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, nome/data di nascita delle risp. persone	
<input type="text"/>			
Tipo di malattia risp. conseguenze di infortunio			
<input type="text"/>			
Eventuale data dell'infortunio:		<input type="text"/>	La persona assicurata è attualmente totalmente o parzialmente inabile al lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, di quali divergenze giuridiche o eventi si tratta e quali persone sono coinvolte?	
<input type="text"/>			

* 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. Firme

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.

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.

Luogo/Data

Firma del proponente (Annotare eventuali firme collettive conformemente all'iscrizione nel registro di commercio)

Consulente:

Cognome/Nome

Numero dell'acquisizione (WOKZ)

Tel.

E-Mail

Note

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

