

Antrag für den Beitritt zur Ärzte-Rechtsschutzversicherung (Betriebs-, Berufs-, Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz – AVB Ausgabe 08.2006)

Versicherungsnehmer Name/Vorname Frau Herr

Adresse _____

PLZ/Wohnort _____ Telefon Geschäft _____ Telefon Privat _____

Praxis Praxisadresse (Strasse, PLZ, Ort) _____

Versicherungsdeckung Selbstständig _____ Angestellt _____

Beginn der Versicherung _____ Dauer **1 Jahr**

Mit automatischer Verlängerung um ein weiteres Jahr

Prämie Grundprämie

CHF 490.–/Jahr für VN als selbstständiger Leistungserbringer* CHF _____

CHF 175.–/Jahr für VN als angestellter Leistungserbringer* CHF _____

Zusatzprämien (Variante CHF 490.–)

CHF 200.–/Jahr für selbstständig mitarbeitenden Ehe- bzw. Lebenspartner* CHF _____

CHF 100.–/Jahr pro angestellten Leistungserbringer* Anzahl _____ CHF _____

CHF 300.–/Jahr für Ehe- bzw. Lebenspartner mit eigener Praxis* CHF _____

* inkl. 5 % eidg. Stempelabgabe **Total Jahresprämie*** CHF _____

Ich besitze bereits eine Rechtsschutzversicherung bei der AXA-ARAG Rechtsschutz AG** ja nein

Art der Deckung _____ Police Nr. _____

** Ich bin damit einverstanden, dass meine bisherige Rechtsschutzversicherung mit Beginn der Ärzte-Rechtsschutz aufgehoben wird ja nein

Der Antragsteller hat die Allgemeinen Vertragsbedingungen mit den Informationsmitteln zur Erfüllung der vorvertraglichen Informationspflicht nach Art. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes erhalten. Er ist während 14 Tagen an den Antrag gebunden.

Der Antragsteller ist damit einverstanden, dass die Gesellschaften der AXA Gruppe einander zwecks administrativer Vereinfachung und zu Marketingzwecken Zugriff auf die Kundendaten (Name, Adresse, Zahlungsverbindungen etc.) und die Vertrags-Grunddaten (ohne Antrags- und Schadendaten) gewähren. Die AXA-ARAG Rechtsschutz verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Abweichungen von der gedruckten Offerte, vom gedruckten Prospekt bzw. Antrag oder den Vertragsbedingungen sind für die AXA-ARAG Rechtsschutz unverbindlich.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, den Antrag wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Unterschrift Ort/Datum _____ Unterschrift _____

➔ Dieser Antrag ist zu senden an:

MEDISERVICE VSAO-ASMAG

Bahnhofplatz 10A

Postfach 7255

3001 Bern

Telefon 031 350 44 22

Fax 031 350 44 29

info@mediservice-vsao.ch

www.mediservice-vsao.ch