

Antrag für den Beitritt zur Ärzte-Rechtsschutzversicherung

(Betriebs-, Berufs-, Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz – AVB Ausgabe 08.2006)

Versicherungs- nehmer	Name / Vorname	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
	• Adresse		
	• PLZ / Wohnort	• Telefon Geschäft	• Telefon Privat

Praxis	Praxisadresse (Strasse, PLZ, Ort)	•
--------	-----------------------------------	---

Versicherungs- deckung	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Angestellt
	• Beginn der Versicherung	• Dauer
• Mit automatischer Verlängerung um ein weiteres Jahr		• 1 Jahr

Prämie	Grundprämie	
	<input type="checkbox"/> CHF 490.- / Jahr für VN als selbständiger Leistungserbringer*	CHF
	<input type="checkbox"/> CHF 175.- / Jahr für VN als angestellter Leistungserbringer*	CHF
	Zusatzprämien (Variante CHF 490.-)	
	<input type="checkbox"/> CHF 200.- / Jahr für selbständig mitarbeitenden Ehe- bzw. Lebenspartner*	CHF
	• Anzahl	•
<input type="checkbox"/> CHF 100.- / Jahr pro angestellten Leistungserbringer*	CHF	
<input type="checkbox"/> 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 Winterthur-ARAG Rechtsschutz **

• Art der Deckung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Police Nr.	•	

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

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 Winterthur-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 Winterthur-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 Winterthur-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 10 A
Postfach 7255
3001 Bern

Telefon 031 350 44 22
Fax 031 350 44 29
info@mediservice-vsao.ch
www.mediservice-vsao.ch