

Antrag für den Beitritt zur Ärzte-Rechtsschutzversicherung für Gemeinschaftspraxen

(Betriebs-, Berufs-, Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz – AVB Ausgabe 07.2021:
AXA.ch/doc/agvy6)

Für Sie zuständig Schweizerische Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie
Telefon +41 31 313 88 33
Fax +41 31 313 88 99
E-Mail sgpp@psychiatrie.ch
Internet www.sgpp.ch
Vertragsnummer **12.340.000**

Dieser Antrag ist zu senden an Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8 oder an sgpp@psychiatrie.ch.

Versicherungsnehmer

Name: _____ Rechtsform: _____

Praxisadresse (Strasse, PLZ, Ort): _____

Versicherter Praxisinhaber/Partner

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____ Telefon Geschäft: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

E-Mail: _____

Beginn

☐ Neugeschäft Beginn der Versicherung: _____ Dauer: **1 Jahr**
☐ Änderungsantrag Beginn der Änderung: _____ Mit automatischer Verlängerung um
Polizen Nr.: _____ ein weiteres Jahr
(Hauptverfall 01.01.)

Deckung und Prämie

Grundprämie

☐ CHF 495.–/Jahr für die juristische Person / Personengesellschaft CHF _____
☐ CHF 50.– Rabatt/Jahr bei Erwerbstätigkeit bis max. 50 % CHF _____
☐ CHF 50.– Rabatt/Jahr ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung/TARMED CHF _____

Zusatzprämien für Partner und angestellte Leistungserbringer (obligatorisch) (Betriebs- und Berufs-Rechtsschutz)

☐ CHF 200.–/Jahr pro Partner/selbstständigen Leistungserbringer* Anzahl: _____ CHF _____
☐ CHF 100.–/Jahr pro angestellten Leistungserbringer Anzahl: _____ CHF _____
☐ CHF 50.–/Jahr pro angestellten Leistungserbringer Anzahl: _____ CHF _____
(Teilzeit max. 50 %)

Freiwillige Zusatzdeckung für Partner und angestellte Leistungserbringer

☐ CHF 100.–/Jahr für Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz pro Leistungserbringer (inkl. Familie)* CHF _____

Zusatzprämien Erweiterte Deckung (Rechtsschutz Plus)**

☐ CHF 180.–/Jahr Erweiterte Deckung für Versicherungsnehmer CHF _____
☐ CHF 80.–/Jahr Erweiterte Deckung pro Leistungserbringer (kann nur in Kombination mit der Zusatzdeckung Privat- und Verkehrs-Rechtsschutz abgeschlossen werden) Anzahl: _____ CHF _____

Prämien inkl. 5 % eidg. Stempelabgabe

Total Jahresprämie CHF _____

* 1 Praxisinhaber/Partner (oben aufgeführt) ist kostenlos mitversichert.

** Diese Zusatzdeckung kann nicht nur für einzelne Partner bzw. Mitarbeiter eingeschlossen werden.
Für alle Mitarbeiter muss dieselbe Variante gewählt werden wie für den VN (mit oder ohne erweiterte Deckung [Rechtsschutz Plus]).

Wichtige Hinweise

Abmachungen oder Zusagen in Abweichung von der Offerte resp. vom Antrag oder von den Allgemeinen und Besonderen Vertragsbedingungen sind für die AXA-ARAG nur verbindlich, wenn sie von der zuständigen Stelle schriftlich bestätigt werden.

Der Antragsteller hat die Allgemeinen Vertragsbedingungen und die Informationsmittel zur Erfüllung der vorvertraglichen Informationspflicht nach Art. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes erhalten.

Der Antragsteller ermächtigt die AXA-ARAG, bei Behörden und Dritten, insbesondere beim Vorversicherer betreffend des bisherigen Schadenverlaufs, sachdienliche Auskünfte im Rahmen der Antragsprüfung einzuholen. Dies entbindet den Antragsteller indessen nicht davon, die ihm gestellten Antragsfragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Bestätigt werden die Angaben mittels Unterschrift oder digitalem Abschluss.

Der Antragsteller erklärt, zu einer allfälligen Bekanntgabe von Personendaten von Dritten (Familienmitglieder, begünstigte Personen) rechtmässig befugt zu sein und die damit verbundenen Pflichten gegenüber den Dritten wahrgenommen zu haben.

Die AXA-ARAG bearbeitet Personendaten in Übereinstimmung mit den anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen und informiert insbesondere zu Zweck, Art der Datensammlung, Empfängern und Aufbewahrung der Daten unter AXA.ch/datenschutz. Die für die Erstellung einer Offerte oder eines Antrags erhaltenen Personendaten speichert die AXA-ARAG für fünf Jahre ab Ausfertigungsdatum, auch für den Fall, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, ab.

Die Daten können zwecks administrativer Vereinfachung im Rahmen der Vertragsabwicklung mit anderen Gesellschaften der AXA Gruppe sowie beauftragten Partnern geteilt bzw. ihnen weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte die Namen und Wohnadressen der Praxispartner angeben.

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Bitte die Namen und Wohnadressen der angestellten Leistungserbringer angeben, sofern die freiwillige Zusatzdeckung Privat- und Verkehrsrechtsschutz für diese eingeschlossen wird.

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____

Name/Vorname: _____ ☐ Frau ☐ Herr

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon Privat: _____