

Mitgliedschaftsantrag

PERSONALIEN

Vorname / Name _____

Postadresse _____

PLZ/Ort _____

Praxisname _____

Praxisadresse _____

PLZ/Ort/Kanton _____

Telefon Privat _____ Praxis _____

Mobile _____

E-Mail _____

Homepage _____

Geburtsdatum _____

Gewünschte Korrespondenzsprache Deutsch Französisch

ANTRAG ALS

- Aktivmitglied Jahresbeitrag CHF 450
- Aktivmitglied mit Auflagen Jahresbeitrag CHF 450
- Mitglied in Ausbildung Jahresbeitrag CHF 200
- Voraussichtliches Abschlussjahr _____
- Passivmitglied Jahresbeitrag CHF 200

Die Bearbeitungsgebühr für das Aufnahmeverfahren in die Aktivmitgliedschaft sowie in die Aktivmitgliedschaft mit Auflagen beträgt einmalig CHF 50

BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

ja nein

Jahresprämie für Aktivmitglieder / Aktivmitglieder mit Auflagen / Mitglieder in Ausbildung CHF 95

Jahresprämie für Passivmitglieder CHF 95 plus Bearbeitungsgebühren CHF 55

REGISTRIERSTELLE

Ich bin bei folgender Registrierstelle angemeldet:

EMR ASCA SPAK keine

BITTE FOLGENDE UNTERLAGEN BEILEGEN

Für Aktivmitglieder

- Lebenslauf
- Kopie aller relevanten Unterlagen
gemäss Artikel 2 des
Mitgliedschaftsreglements
- Ethik-Codex-Erklärung
- Datenschutz SGS,
Zustimmungserklärung
- Versicherungsantrag (optional)

Für Aktivmitglieder mit Auflagen

- Lebenslauf
- Kopie des Shiatsu-Diploms gemäss
Bedingungen Artikel 3.1 des
Mitgliedschaftsreglements
- Ethik-Codex-Erklärung
- Datenschutz SGS,
Zustimmungserklärung
- Beleg der Registrierung bei einer
einschlägigen Registrierstelle
- Versicherungsantrag (optional)

Für Mitglieder in Ausbildung

- Lebenslauf
- schriftliche Bestätigung der aktuellen
Teilnahme an einem Shiatsu-Lehrgang
gemäss Artikel 4.1 des
Mitgliedschaftsreglements
- Ethik-Codex-Erklärung
- Datenschutz SGS,
Zustimmungserklärung
- Versicherungsantrag (optional)

Für Passivmitglieder

- Lebenslauf
- Ethik-Codex-Erklärung
- Versicherungsantrag (optional)

ICH BIN AUF DIE SHIATSU GESELLSCHAFT SCHWEIZ AUFMERKSAM GEWORDEN DURCH

ein SGS-Mitglied, Name: _____

eine/n DozentIn, eine/n SupervisorIn, Name: _____

ein Ausbildungszentrum, einen Vortrag über die SGS an einem Ausbildungszentrum,

Name: _____

das Internet

andere: _____

Mit meiner Unterschrift anerkenne ich die rechtskräftige Verbindlichkeit der Statuten und weiteren Regelungen der Shiatsu Gesellschaft Schweiz.

Ort, Datum

Unterschrift

Ethik-Codex-Erklärung

Als SGS-Mitglied verpflichte ich mich, nach bestem Wissen und Können, die im Ethik-Codex festgelegten Handlungs- und Verhaltensrichtlinien zu befolgen.

Name/Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte möglichst bald an uns zurücksenden.

Datenschutz SGS, Zustimmungserklärung

Beilage zur Anmeldung als Aktiv-Mitglied / Aktiv-Mitglied mit Auflagen und Mitglied in Ausbildung

Per 1.9.2023 gilt in der Schweiz das revidierte Datenschutzgesetz (nDSG). Die SGS passt deshalb ihre Zustimmungserklärung zum Datenschutz auf dieses Datum hin an.

Sie will sicherstellen, dass sie Daten nur einvernehmlich speichert, nur an einen sehr beschränkten Kreis von anderen Datennutzenden weitergibt und dass auch das nur mit dem Einverständnis jedes Mitglieds geschieht.

Anbei informiert dich die SGS tabellarisch, welche Daten sie sammelt und wie und an wen sie diese weitergibt. Damit profitierst du als Mitglied von den entsprechenden Vorzügen, falls du diesen Weitergaben ausdrücklich zustimmst. Kreuzt du eine oder mehrere Zeilen nicht an, verzichtest du auf die in der Spalte «Zweck» genannte Dienstleistung bzw. den dort genannten Nutzen. Schickst du diese Vereinbarung nicht zurück, interpretieren wir es als «keine Zustimmung». Du hast jederzeit das Recht, dein Einverständnis teilweise oder gesamthaft zu widerrufen durch eine einfache Mitteilung an die SGS.

Wir kommunizieren per Newsletter mit unseren Mitgliedern. So schicken wir dir Informationen zum Verband, zum Beruf oder fachliche Neuigkeiten. Der Anbieter unseres Newsletter-Tools hält die Anforderungen des nDSG ein. Mit deiner Mitgliedschaft akzeptierst du, dass wir dich an die von dir genannte E-Mail-Adresse anschreiben. Solltest du keine Newsletter mehr wünschen, kannst du im Newsletter unten auf «Abmelden» klicken. Ab dann bekommst du keine Informationen mehr von uns zugeschickt.

Die Social-Media-Kanäle der SGS unterliegen dem Datenschutz der jeweiligen Anbieter. Vereinzelt verlinken wir auf Profile von Mitgliedern auf der jeweiligen Plattform. Die SGS speichert aber keine Informationen von Profilen.



	Wann/Wo werden Daten weitergegeben?	Status	An wen?	Zweck	Zustimmung (ankreuzen)
1	Webseite: TherapeutInnen-Suche	1, 2	öffentlich	Werbung für das Mitglied	
2	Herausgabe von Adressen und Mitgliederstatus	1, 2	Schulen mit SGS-Mitgliedschaft	Info über Fortbildungen; Bedingung für 10% Rabatt	
3	Herausgabe von Adressen und Mitgliederstatus	1, 2	SGS-Mitglieder, die Fortbildungen anbieten	Info über Fortbildungen; Bedingung für 10% Rabatt	
4	Datenaustausch betr. Fortbildung	1, 2	ASCA	Kontrolle Mitglied im Rahmen Fortbildungskontrolle; Bedingung für vergünstigten Beitrag ASCA	
5	Datenaustausch betr. Fortbildung	1, 2	Versicherer	Kontrolle Mitglied im Rahmen Fortbildungskontrolle; Anerkennung als qualifizierte Therapeutin / qualifizierter Therapeut	
6	Herausgabe von Adressen und Mitgliederstatus	1, 2, 3	Fairsicherung	Bedingung für Kollektivangebote wie z.B. Berufshaftpflicht	
7	Herausgabe von Adressen	1, 2, 3	Regionalgruppen	Info über Aktivitäten	

Status Legende: 1=Aktiv-Mitglied, 2=Aktiv-Mitglied mit Auflagen, 3=Mitglied in Ausbildung

Die SGS verpflichtet sich, keine Daten ihrer Mitglieder zu anderen Zwecken als den in Ziff. 1-7 vorstehend genannten zu veröffentlichen oder herauszugeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort

Antrag zum Einschluss in den Kollektivversicherungsvertrag Police-Nr. 16.063.914 - Berufshaftpflichtversicherung für Mitglieder der Shiatsu Gesellschaft Schweiz

Vorbemerkung

Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG als Versicherer und die fairsicherungsberatung ag als Versicherungsnehmer haben einen Kollektivversicherungsvertrag über Berufshaftpflichttrisiken abgeschlossen. Mitglieder der Shiatsu Gesellschaft Schweiz haben die Möglichkeit sich diesem Kollektivversicherungsvertrag anzuschliessen und sich damit gegen Berufshaftpflichttrisiken versichern zu lassen.

Wo in den Antrags- und Vertragsunterlagen - aus Gründen der leichteren Lesbarkeit - nur männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, sind darunter stets auch die entsprechenden weiblichen Bezeichnungen zu verstehen.

Antragsteller zur Aufnahme als versicherte Person

Anrede:

Vorname, Name:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl/Ort:

E-Mail:

Telefon:

Komplementärmedizinische Tätigkeiten welche zu versichern sind

Bemerkungen/Korrespondenzadresse

Antragsfragen / Angaben zum Risiko

Sind oder waren Sie für die zu versichernde oder ähnliche berufliche Tätigkeit schon gegen Haftpflicht versichert?

Wurde ein von Ihnen gestellter Antrag für die zu versichernde oder ähnliche berufliche Tätigkeit abgelehnt oder die Annahme, bzw. die Weiterführung einer Police von erschwerten Bedingungen abhängig gemacht?

Sind an Sie aufgrund der zu versichernden oder ähnlichen beruflichen Tätigkeit schon Schadenersatzansprüche gestellt worden oder traten in den letzten 5 Jahren Schäden ein, welche unter den gewünschten Versicherungsschutz fallen?

Wenn ja,

Anzahl:

Höhe der Entschädigung:

Haben Sie Kenntnis von Vorfällen, die zu einem Entschädigungsanspruch führen können?

Wenn ja, welche:

Vertragsdauer

Gewünschter Beginn

Ablauf **31.12.2024** ohne stillschweigende Erneuerung

Hauptverfall **01.01.**

Versicherungssumme und Selbstbehalt

Versicherungssumme **CHF 5 Mio.** pro Ereignis und zweimal pro Versicherungsjahr für Personenschäden, Sachschäden, reine Vermögensschäden und Kosten zusammen

Selbstbehalt **CHF 500** pro Ereignis
Verzicht auf Selbstbehalt, wenn der Schaden höher als der Selbstbehalt ist.

Versicherungsumfang / Prämien

Grundversicherung **CHF 95.00**

jährlicher Prämienbeitrag (inkl. 5% Stempel) **CHF 95.00**

Vertragsgrundlagen

AVB **Allgemeine Versicherungsbedingungen Zurich Business Medic, Ausgabe 07/2019**

BB **Besondere Bedingungen für die Mitglieder der Verbände in der Komplementärmedizin, Version 09/2021**

Soweit die AVB und BB auf das vorliegende Kollektivversicherungsverhältnis nicht exakt passen, finden sie sinngemäss Anwendung in dem Sinne, dass die Versicherten die gleichen Rechte und Pflichten haben wie ein Versicherungsnehmer.

Schlusserklärung

Die Fragen sind vollständig und wahrheitsgemäss zu beantworten. Werden erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt (Verletzung der Anzeigepflicht), kann die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (Zurich) den Vertrag kündigen. Zudem erlischt in diesem Fall die Leistungspflicht von Zurich für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist (Art. 6 VVG [Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag]).

Der Versicherte erklärt, die in diesem Dokument enthaltenen Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Weiter bestätigt er die Richtigkeit der darin deklarierten Tatsachen (Gefahrstatsachen). Er verpflichtet sich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, Zurich zu melden. Er bestätigt, die gesetzlichen Informationen (Art. 3 VVG) sowie die massgebenden Vertragsbedingungen erhalten zu haben.

Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass Zurich im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Vertragsabwicklung und zu weiteren Zwecken Daten bearbeitet, die sich auf natürliche Personen beziehen (Personendaten). Nähere Informationen zu dieser Bearbeitung finden sich in der Datenschutzerklärung von Zurich. Diese Datenschutzerklärung kann unter www.zurich.ch/datenschutz abgerufen oder unter Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Datenschutz, Postfach, 8085 Zürich, datenschutz@zurich.ch bezogen werden.

Zurich behält sich vor, in diesem Zusammenhang und in den weiteren in der Datenschutzerklärung genannten Fällen Personendaten – ggf. einschliesslich von Gesundheitsdaten – an Dritte weiterzugeben.

Der Versicherte willigt mit Abgabe dieser Erklärung ausdrücklich ein, dass Vor-, Mit- und Rückversicherer, andere Versicherer und weitere Stellen innerhalb von Zurich, Amtsstellen und weitere Dritte an Zurich im Zusammenhang mit Risiko- und Leistungs- bzw. Schadensprüfungen, zur Missbrauchsbekämpfung und zur Abwicklung des Versicherungsvertragsverhältnisses sachdienliche Auskünfte erteilen, insbesondere über den Schadenverlauf und über frühere oder parallele Versicherungen und Leistungen. Dies ist für die Vorbereitung bzw. Abwicklung des Versicherungsvertragsverhältnisses notwendig. Der Versicherte entbindet alle diese Stellen für diesen Fall von einer etwaigen Schweigepflicht.

Der Versicherte verpflichtet sich, Dritte, deren Personendaten er Zurich übermittelt, über die Bearbeitung ihrer Personendaten durch Zurich zu informieren.

Ja, ich habe die Vertragsbedingungen, den Produktebeschrieb und die Schlusserklärung gelesen und akzeptiere sie. Als Antragsteller erkläre ich mich für 14 Tagen an den Antrag gebunden und bestätige die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

fairsicherungsberatung ag

Kramgasse 68
3011 Bern

Für Mitglieder der Shiatsu Gesellschaft Schweiz hat die fairsicherungsberatung ag ihre Aufgaben weiter delegiert an:

Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS)

Etzelmatt 5
5430 Wettingen

Teilmandat Berufshaftpflichtversicherung für Komplementärmediziner*innen

Die Antragsteller*in (nachfolgend Mandat*in genannt) beauftragt die fairsicherungsberatung ag mit der Bearbeitung des Antrages für die Aufnahme in die Kollektiv-Berufshaftpflichtversicherung ‚fairline‘ 16.063.914 bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend „Versicherer“) und der Betreuung der daraus entstandenen Police.

Die Mandat*in ist Versicherte*r unter der Kollektiv- Berufshaftpflichtversicherung und ist verpflichtet, der die für ihre Versicherungsdeckung fällig gewordene Prämie vollständig und fristgerecht zu bezahlen.

Die Mandat*in stellt der fairsicherungsberatung ag sämtliche Anzeigen, Willenserklärungen und Korrespondenz zur Prüfung und Weiterleitung an den Versicherer zu. Diese gelten dem Empfänger zugegangen, sobald sie bei der fairsicherungsberatung ag eingegangen sind. Die fairsicherungsberatung ag ist verpflichtet, diese unverzüglich an die betreffenden Parteien weiterzuleiten.

Die fairsicherungsberatung ag haftet nicht für Folgen aus Handlungen, welche die Mandat*in direkt mit dem Versicherer vornimmt.

Die fairsicherungsberatung ag wird von dem Versicherer im Rahmen ihrer Versicherungsberatung zu den marktüblichen Provisionen oder Courtagen honoriert. Die Mandat*in erklärt, dass die Entschädigung für die Vermittlertätigkeiten durch den Versicherern erfolgen sollen und verzichtet im Sinne kostensparender Massnahmen und Aufwendungen auf eine separate Abrechnung für an die fairsicherungsberatung ag ausbezahlten Honorare.

Die fairsicherungsberatung ag ist berechtigt, die Namen und Adressen der Mandat*in mit den Verband zu teilen, bei dem der Mandat*in Mitglied ist . Die Daten werden ausschliesslich zur Überprüfung der laufenden Mitgliedschaft verwendet.

Dieses Mandat endet mit der Auflösung der Versicherungspolice oder der Ablehnung des Versicherungsantrages.

Die Mandat*in bestätigt, das Informationsblatt nach Art. 45 VAG von der Versicherungsnehmerin erhalten und von dessen Inhalt Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant*in