

Adresse der Referenz

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum: .....

Sehr

Unsere Ärzte der Medizinischen Kommission ersuchen Sie höflich um Auskunft über den Gesundheitszustand von Herrn

<i>Dr.</i>	<i>geb. am:</i>
------------	-----------------

Der Antragsteller will unserer Kasse beitreten und hat Sie als Referenz bezeichnet.

1. Wie lange kennen Sie den Antragsteller ? \_\_\_\_\_

2. Sind Ihnen Gesundheitsstörungen und/oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen bekannt?  
\_\_\_\_\_

3. Wenn ja, welche Art von Gesundheitsstörungen (Befunde, Diagnosen, Datum, Dauer)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Sind in Bezug auf die Lebensweise nachteilige Einflüsse auf die Gesundheit zu befürchten (z.B. Substanzmissbrauch, psychosoziale Belastungen und/oder andere Risiken) ?  
\_\_\_\_\_

5. Beantragen Sie eine persönliche Untersuchung und Begutachtung des Antragstellers durch einen speziellen Vertrauensarzt ?  
\_\_\_\_\_

6. Bemerkungen : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Unterzeichnende bezeugt hiermit, die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen und ohne irgendwelche Rücksicht auf die in Frage stehende Person beantwortet zu haben.

Ort und Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Mit der Unterzeichnung des Antrages ermächtigt der Antragsteller die Genossenschaft, Auskünfte über seinen Gesundheitszustand einzuholen. ( Art. 2, Absatz 1 der Allgemeinen Bedingungen).

Das Formular kann im Internet unter: [www.saekk.ch](http://www.saekk.ch) heruntergeladen und ausgedruckt werden.