



Für internen Gebrauch:

	A	
	V	

- Eintrittsantrag**     **Änderungsantrag**     **Reaktivierungsantrag**

Deckung ab: 1. Tag    Monat    Jahr

Der/Die unterzeichnende

- Arzt/Ärztin     Zahnarzt/-ärztin     Tierarzt/-ärztin     Chiropraktor/in     Student/Studentin

beantragt die Mitgliedschaft bei der Schweizerischen Ärzte-Krankenkasse.

Er/Sie erklärt, die Statuten und die Allgemeinen Bedingungen der Kasse zu kennen, sich ihren Bestimmungen zu unterziehen sowie die nachstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten.

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	
Name	Vorname	
Strasse	PLZ/Ort	
Adresszusatz	Geburtsdatum	
Nationalität	Tel. Privat	
Tel. Praxis/Spital	E-mail	

Wann und wo haben Sie das eidgenössische Diplom resp. die Praxisbewilligung/Arbeitsbewilligung erworben?

Fachrichtung / Tätigkeit	Arbeitsort
--------------------------	------------

**Ich beantrage folgende Leistungsdeckung:**

Art der Leistung	Deckung in CHF	Wartefrist / Tage	Leistungsdauer	Jahresbeitrag brutto in CHF	Jahresbeitrag netto in CHF
Basis-Taggeld Krankheit + Unfall			730 Tage abzügl. Wartefrist		
Basis-Taggeld Krankheit			730 Tage abzügl. Wartefrist		
Invalditäts-Taggeld Krankheit + Unfall			Terminalter 65		
Invalditäts-Taggeld Krankheit			Terminalter 65		
Sterbegeld					
<b>Total</b>					

**Beitragszahlung**     jährlich     halbjährlich (+2%)     vierteljährlich (+4%)



1. Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?  ja  nein

→ Wenn **nein**,  
warum:

2. Gibt es Kenntnisse/Symptome/Befunde, die eine genetische Erkrankung nachweisen oder vermuten lassen, und stehen Sie wegen einer solchen in Beratung/Behandlung?  ja  nein

→ Wenn **ja**,  
welche:

3. Bestehen bei Ihnen Beeinträchtigungen infolge Verlusts oder Funktionsstörungen von Körperteilen oder Organen?  ja  nein

→ Wenn **ja**,  
warum:

Name Arzt, Therapeut, Spital:

4. Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher oder anderer (z.B. psychologischer, physiotherapeutischer etc.) Abklärung oder Behandlung oder ist eine solche geplant?  ja  nein

→ Wenn **ja**,  
warum:

Name Arzt, Therapeut, Spital:



5. Nehmen/nahmen Sie je mehrmals pro Woche Medikamente (inkl. Schmerzmittel, psychotrope Substanzen wie Beruhigungs- und Schlafmedikamente) ein?  ja  nein

→ Wenn ja,

welche/wann:

- 6a. Konsumierten/konsumieren Sie jemals mehr als 5 (für Frauen) resp. 10 (für Männer) Standardgetränke-Einheiten pro Woche über mehr als 3 Monate?  ja  nein  
Konsumierten Sie jemals Cannabis oder andere Drogen?

→ Wenn ja,

wieviel:

Zeitraum:

- 6b. Bei Bejahung der Frage 6a:

Hat/hatte der Konsum gesundheitliche Auswirkungen?  ja  nein

Mussten Sie deswegen jemals die Arbeit aussetzen?  ja  nein

Waren Sie deswegen in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung oder steht eine solche bevor?  ja  nein

→ Wenn ja,

Name und Adresse verordnender/involvierter Arzt, Therapeut, Spital:

7. Körpergröße:  cm

Körpergewicht:  kg



8.1 Leiden oder litten Sie **jemals** an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) der Atmungsorgane?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) des Herzens oder der Blutgefässe?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) des Nervensystems?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) der Psyche (psychische und/oder Verhaltensstörungen)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) der Verdauungsorgane?                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) der Harn- oder Geschlechtsorgane?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) des Bewegungsapparates?                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) der Augen oder des Gehörs?                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

bei Fehlsichtigkeit bitte Dioptrien angeben:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| i) der Haut?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| j) des Stoffwechsels oder des Blutes?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| k) des Immunsystems oder Infektionskrankheiten?                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| l) anderer Art?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| m) Für Frauen: Komplikationen während einer früheren oder jetzigen Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| n) Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

8.2 Erlitten Sie jemals einen oder mehrere Unfälle?  ja  nein

Falls Sie eine der Fragen 8.1.- 8.2. mit ja beantwortet haben, bitten wir Sie um weitere Angaben auf der Folgeseite:



Frage Nr.	Art der Krankheit/des Unfalls, der Beschwerden oder Ergebnis der Behandlung/Untersuchung	Datum der Behandlung	folgenlos geheilt (ja/nein)	Name und Adresse Arzt, Therapeut, Spital

9. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit infolge Krankheit oder Unfall mehr als 3 Wochen aussetzen?  ja  nein

→ Wenn ja,  
warum:

Name Arzt, Therapeut, Spital:



10. Wurden Anträge von einer Lebens-, Unfall- oder Krankenversicherungsgesellschaft abgelehnt, zurückgestellt, nur zu erschwerten Bedingungen angenommen oder Verträge von einem Versicherer aufgehoben?  ja  nein

→ Wenn ja,

Name der Gesellschaft:

Wann und weshalb:

11. Beziehen oder bezogen Sie Leistungen nach IVG, UVG, MVG, Lebens-, Unfall- oder Krankenversicherung?  ja  nein

→ Wenn ja,

Name der Gesellschaft:

Betrag:

Leistungsdauer:

12. Haben Sie bereits eine Taggeld- oder Invaliditätsversicherung (z.B. Pensionskasse, Lebensversicherung) abgeschlossen oder beabsichtigen Sie, eine entsprechende Versicherung anderweitig zu beantragen?  ja  nein

→ Wenn ja,

Name der Gesellschaft:

Betrag:

Leistungsdauer:

13. Führen Sie eine eigene Praxis oder beabsichtigen Sie, eine solche bald zu eröffnen?  ja  nein

→ Wenn ja,

seit oder ab wann:

14. Falls Sie im Anstellungsverhältnis tätig sind, welche Funktion haben Sie (Assistenzarzt, Oberarzt etc.)?



Ich bestätige, der Wahrheit gemäss geantwortet und nichts verheimlicht zu haben, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes und meines Leistungsumfanges von Wichtigkeit sein könnte. Ich bin mir bewusst, dass Krankheiten oder Unfälle, die sich nach dem Abschicken des vorliegenden Antrags, aber vor der Aufnahme in die Genossenschaft ereignen und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken können, unverzüglich zu melden sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ungenaue oder falsche Angaben, das Verschweigen von Tatsachen sowie die Verletzung der Nachmeldspflicht die Leistungsverweigerung, Vorbehalte, Rückforderungen, Ausschlüsse oder die Auflösung des Vertrages bewirken können.

Gleichzeitig ermächtige ich die Organe der Sozial- und Privatversicherungen, den Ärzten der Kommission der Schweizerischen Ärzte-Krankenkasse Auskunft zu erteilen.

Ich nehme Kenntnis davon, dass das Verhältnis zwischen der Schweizerischen Ärzte-Krankenkasse und ihren Mitgliedern mitgliedschaftsrechtlicher Natur ist und deshalb einzig die Allgemeinen Bedingungen sowie ergänzend das Obligationenrecht (OR) Anwendung finden.

Ich gebe folgende zwei in der Schweiz wohnhafte Ärzte (behandelnde Ärzte oder Kollegen) als Referenzen an und ermächtige sie, den Ärzten der medizinischen Kommission der Schweizerischen Ärzte-Krankenkasse über meinen Gesundheitszustand vertraulich Auskunft zu erteilen.

Die Schweizerische Ärzte-Krankenkasse benötigt Ihre Informationen, um Sie in unserer Genossenschaft aufzunehmen und zu versichern. Informationen zu Ihren Rechten bezüglich Ihrer persönlichen Daten und unsere Verpflichtung zum Schutz Ihrer Privatsphäre finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).

### Antragsteller:

Name

Ort, Datum

Vorname

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift  
Berater

### 1. Referenz

Name

Strasse

PLZ

Vorname

Nr.

Ort

### 2. Referenz

Name

Strasse

PLZ

Vorname

Nr.

Ort