



Für internen Gebrauch:

	A	
	V	

Eintrittsantrag **Änderungsantrag** **Reaktivierungsantrag**

Tag Monat Jahr

Deckung ab:

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.

Herr Frau

Titel

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Adresszusatz

Geburtsdatum

Nationalität

Tel. Privat

Tel. Praxis/Spital

E-mail

AHV-Nr.

Angaben zu Ihrer beruflichen und wirtschaftlichen Situation:

(ab dem Datum des gewünschten Inkrafttretens des Vertrags zwischen Ihnen und der SAEKK)

Berufsstatus:

Angestellt (z.B. in Spital, Gemeinschaftspraxis)

In Ausbildung

Selbstständigerwerbend
(z.B. Einzelpraxis, Partnerschaft)

Anderer Status:

Fachrichtung:

Konkrete Tätigkeit:

Beschäftigungsgrad in %:

Arbeitsort:

Ihr (geschätztes) jährliches Bruttoeinkommen im Angestelltenverhältnis bzw.

Ihr (geschätztes) jährliches Bruttoeinkommen als selbstständigerwerbende Person in CHF:

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

Ich beantrage folgende Leistungsdeckung:
Plan B (immer Krankheit & Unfall)

Art der Leistung	Deckung in CHF	Wartefrist / Tage	Leistungsdauer	Jahresbeitrag brutto in CHF	Jahresbeitrag netto in CHF
Basis-Taggeld			720 Tage		
Zusatz-Taggeld			360 Tage		
Invaliditäts-Taggeld			Terminalter 65		
Sterbegeld					
Total					

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

Vitalis Primus

Art der Leistung	Deckung in CHF	Wartefrist / Tage	Leistungsdauer	Jahresbeitrag brutto in CHF	Jahresbeitrag netto in CHF
Basis-Taggeld Krankheit + Unfall			720 Tage		
Basis-Taggeld Krankheit			720 Tage		
Invaliditäts-Taggeld Krankheit + Unfall			Terminalter 65		
Invaliditäts-Taggeld Krankheit			Terminalter 65		
Total					

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

Vitalis Continua

Art der Leistung	Deckung in CHF	Wartefrist / Tage	Leistungsdauer	Jahresbeitrag 1. Jahr in CHF
Basis-Taggeld Krankheit + Unfall			360 Tage	
Basis-Taggeld Krankheit			360 Tage	
Total				

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?

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:

[Redacted]

-
7. Körpergrösse: [Redacted] cm

Körpergewicht: [Redacted] kg

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

- a) der Atmungsorgane? ja nein
- b) des Herzens oder der Blutgefäße? ja nein
- c) des Nervensystems? ja nein
- d) der Psyche (psychische und/oder Verhaltensstörungen)? ja nein
- e) der Verdauungsorgane? ja nein
- f) der Harn- oder Geschlechtsorgane? ja nein
- g) des Bewegungsapparates? ja nein
- h) der Augen oder des Gehörs? ja nein

bei Fehlsichtigkeit bitte Dioptrien angeben:

- i) der Haut? ja nein
- j) des Stoffwechsels oder des Blutes? ja nein
- k) des Immunsystems oder Infektionskrankheiten? ja nein
- l) anderer Art? ja nein
- m) Für Frauen: Komplikationen während einer früheren oder jetzigen Schwangerschaft? ja nein
- n) Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja 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:

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 erschweren 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?
(Muss für Vitalis Continua **nicht** ausgefüllt werden)

ja nein

→ Wenn ja,

Name der Gesellschaft:

Betrag:

Leistungsdauer:

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 Nachmeldepflicht 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

Vorname

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Berater

1. Referenz

(**nicht** erforderlich für Vitalis Continua, bei einem Erhöhungsantrag sowie bei einem Wechsel des Produkts)

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

2. Referenz

(**nicht** erforderlich für Vitalis Continua, bei einem Erhöhungsantrag sowie bei einem Wechsel des Produkts)

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort