



# SAEKK

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

## Plan B

## Vitalis Primus

## Vitalis Continua

☐☐☐

Für internen Gebrauch:

  

A

V

  

☐ **Eintrittsantrag**    ☐ **Änderungsantrag**    ☐ **Reaktivierungsantrag**

**Deckung ab:**    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.

☐ 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?

**Schweizerische Ärzte-Krankenkasse**

Oberer Graben 37 | Postfach 2046 | 9001 St.Gallen  
071 227 18 18 | [info@saekk.ch](mailto:info@saekk.ch) | [www.saekk.ch](http://www.saekk.ch)

## 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			Terminalalter 65		
Sterbegeld					
<b>Total</b>					

**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			Terminalalter 65		
Invaliditäts-Taggeld Krankheit			Terminalalter 65		
<b>Total</b>					

**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	
<b>Total</b>				

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



# SAEKK

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

---

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:



# SAEKK

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

- 
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:



# SAEKK

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

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:



# SAEKK

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

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

→ 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 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	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift Berater	<input type="text"/>

#### 1. Referenz

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

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

#### 2. Referenz

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

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>