





Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

## Je souhaite obtenir la couverture de prestation suivante:

### Plan B (toujours maladie & accident)

Type de prestation	Couverture en CHF	Délai d'attente / Jours	Durée de la prestation	Cotisation annuelle brute en CHF	Cotisation annuelle nette en CHF
Indemnité journalière de base			720 jours		
Indemnité journalière complémentaire			360 jours		
Indemnité journalière en cas d'invalidité			Jusqu'aux 65 ans révolus		
Indemnité de décès					
<b>Total</b>					

Paiement des cotisations  annuel  semestriel (+2%)  trimestriel (+4%)

### Vitalis Primus

Type de prestation	Couverture en CHF	Délai d'attente / Jours	Durée de la prestation	Cotisation annuelle brute en CHF	Cotisation annuelle nette en CHF
Indemnité journalière de base maladie + accident			720 jours		
Indemnité journalière de base maladie			720 jours		
Indemnité journalière en cas d'invalidité maladie + accident			Jusqu'aux 65 ans révolus		
Indemnité journalière en cas d'invalidité maladie			Jusqu'aux 65 ans révolus		
<b>Total</b>					

Paiement des cotisations  annuel  semestriel (+2%)  trimestriel (+4%)

### Vitalis Continua

Type de prestation	Couverture en CHF	Délai d'attente / Jours	Durée de la prestation	Cotisation annuelle 1 an en CHF
Indemnité journalière de base maladie + accident			360 jours	
Indemnité journalière de base maladie			360 jours	
<b>Total</b>				

Paiement des cotisations  annuel  semestriel (+2%)  trimestriel (+4%)

**Caisse-Maladie des Médecins Suisses**

Oberer Graben 37 | Case postale 2046 | 9001 Saint-Gall

071 227 18 18 | info@saekk.ch | www.saekk.ch

---

1. Êtes-vous actuellement en pleine capacité de travail?

Oui  Non

→ Si **non**

pourquoi:

---

2. Existe-t-il des données/symptômes/constatations permettant de prouver ou de suspecter une maladie génétique?

Oui  Non

→ Si **oui**,

lesquels?

---

3. Présentez-vous des atteintes à la santé à la suite d'une perte ou de dysfonctionnements de parties du corps ou d'organes?

Oui  Non

→ Si **oui**,

pourquoi:

Nom de votre médecin,  
thérapeute, hôpital:

---

4. Faites-vous actuellement ou est-il prévu que vous fassiez prochainement l'objet d'un examen ou traitement (p. ex. psychologique, physiothérapeutique, ou autre)?

Oui  Non

→ Si **oui**,

pourquoi:

Nom de votre médecin,  
thérapeute, hôpital:

- 
5. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments plusieurs fois par semaine (y compris analgésiques, substances psychotropes tels que calmants et somnifères)?  Oui  Non

→ Si oui

Lesquels / Quand:

- 6a. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé plus de cinq (pour les femmes) ou dix (pour les hommes) unités standard de boissons alcoolisées par semaine durant plus de trois mois?  Oui  Non

Avez-vous déjà consommé du cannabis ou d'autres drogues?

→ Si oui

Combien:

Durée:

- 
- 6b. Si vous avez répondu oui à la question 6a.:

Cette consommation a-t-elle (eu) des répercussions sur votre santé?

Oui  Non

Vous est-il déjà arrivé de devoir arrêter de travailler pour cette raison?

Oui  Non

Avez-vous fait l'objet d'un traitement médical ou thérapeutique ou un tel traitement est-il prévu pour cette raison?

Oui  Non

→ Si oui

Nom et adresse du médecin, du ou de la thérapeute ou de l'hôpital ayant prescrit ou été impliqué·e dans ce traitement:

[Redacted area]

---

7. Taille : [Redacted area] cm

Poids corporel : [Redacted area] kg

---

8.1. Souffrez-vous ou avez-vous **déjà** souffert de maladies, troubles ou affections:

- a) de l'appareil respiratoire?  Oui  Non
- b) du cœur ou des vaisseaux sanguins?  Oui  Non
- c) du système nerveux?  Oui  Non
- d) psychiques (troubles mentaux et/ou du comportement)?  Oui  Non
- e) de l'appareil digestif?  Oui  Non
- f) de l'appareil urinaire ou génital?  Oui  Non
- g) de l'appareil locomoteur?  Oui  Non
- h) des yeux ou des oreilles?  Oui  Non

En cas d'amétropie, veuillez indiquer les dioptries:

- i) de la peau?  Oui  Non
- j) du métabolisme ou du sang?  Oui  Non
- k) du système immunitaire ou de maladies infectieuses?  Oui  Non
- l) d'une autre nature?  Oui  Non
- m) Pour les femmes : de complications durant une grossesse passée ou actuelle?  Oui  Non
- n) Pour les femmes : Existe-t-il une grossesse?  Oui  Non

---

8.2. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs accidents?  Oui  Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions de 8.1. à 8.2.,  
merci de fournir de plus amples informations à la page suivante:



**SAEKK**

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

9. Au cours des cinq dernières années, avez-vous dû arrêter de travailler pendant plus de  Oui  Non trois semaines à la suite d'une maladie ou d'un accident?

→ Si **oui**,  
pourquoi:

Nom de votre médecin,  
thérapeute, hôpital:

10. Des demandes soumises à une compagnie d'assurance-vie, d'assurance-accident ou d'assurance-maladie ont-elles été refusées, reportées ou acceptées à des conditions plus strictes, ou des polices ont-elles été résiliées par une compagnie d'assurance?  Oui  Non

→ Si **oui**

Nom de la compagnie :

Quand et pourquoi :

11. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de prestations LAI, LAA, LAM ou d'une compagnie d'assurance-vie, d'assurance-accident ou d'assurance-maladie?  Oui  Non

→ Si **oui**

Nom de la compagnie:

Montant:

Durée de la prestation:

12. Avez-vous déjà contracté une assurance d'indemnité journalière ou d'invalidité (p. ex. caisse de pension, assurance-vie) ou prévoyez-vous de solliciter une assurance de ce type d'une autre façon?

(Ne doit **pas** être rempli pour Vitalis Continua )

→ Si **oui**,

Nom de la société:

Montant:

Durée de la prestation:

Je confirme avoir fourni des réponses conformes à la vérité et n'avoir dissimulé aucun élément susceptible de revêtir une importance aux fins de l'évaluation de mon état de santé et de ma couverture de prestation. J'ai conscience de la nécessité de déclarer sans délai toute maladie ou tout accident survenant après l'envoi de la présente demande et avant l'admission au sein de la société coopérative et susceptible d'avoir des répercussions sur ma capacité de travail. Je prends acte du fait que les données fausses ou incomplètes, la dissimulation d'éléments et le non-respect de l'obligation de déclaration ultérieure peuvent entraîner un refus de prestations, des réserves, des recouvrements, des exclusions ou la résiliation du contrat.

J'autorise en même temps les organes des assurances sociales et privées à fournir des renseignements aux médecins de la commission médicale de la Caisse-maladie des médecins suisses.

Je prends acte du fait que la relation entre la Caisse-maladie des médecins suisses et ses membres relève du droit du sociétariat et que seuls s'appliquent de ce fait les conditions générales de la SAEKK et, à titre complémentaire, le code des obligations (CO).

Je fournis ci-dessous le nom de deux médecins résidant en Suisse (médecins traitants ou collègues) en tant que références et les autorise à fournir aux médecins de la commission médicale de la Caisse-maladie des médecins suisses, à titre confidentiel, des renseignements sur mon état de santé.

La Caisse-maladie des médecins suisses a besoin de vos informations pour vous admettre au sein de notre société coopérative et vous offrir une couverture d'assurance. Vous trouverez de plus amples informations sur vos droits concernant vos données personnelles et sur notre obligation de protéger votre vie privée dans notre [déclaration relative à la protection des données](#).

**Requérant-e :**

Nom

Prénom

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

Conseiller

**1. Référence**

(**non** nécessaire pour Vitalis Continua, en cas de demande d'augmentation ainsi qu'en cas de changement de produit)

Nom

Prénom

Rue

N°

NPA

Lieu

**2. Référence**

(**non** nécessaire pour Vitalis Continua, en cas de demande d'augmentation ainsi qu'en cas de changement de produit)

Nom

Prénom

Rue

N°

NPA

Lieu