



# SAEKK

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

## Plan B

## Vitalis Primus

## Vitalis Continua

☐☐☐

Pour usage interne:

  

A

V

  

☐ **Demande d'entrée**

☐ **Demande de modification**

☐ **Demande de réactivation**

Couverture à p.d.:  Jour  Mois  Année

Le/la soussigné·e

☐ Médecin ☐ Médecin-dentiste ☐ Vétérinaire ☐ Chiropracteur·trice ☐ Étudiant·e

demande à être affilié·e à la Caisse-maladie des médecins suisses.

Il ou elle déclare connaître les statuts et les conditions générales de la caisse, se soumettre à leurs dispositions et répondre de bonne foi aux questions ci-dessous.

☐ Monsieur ☐ Madame

Titre

Nom

Prénom

Rue

NPA/Localité

Compl. adresse

Date de naissance

Nationalité

Tél. privé

Tél. cabinet/hôpital

E-mail

Numéro AVS

### Informations sur votre situation professionnelle et économique:

(à partir de la date souhaitée d'entrée en vigueur du contrat entre vous et la SAEKK)

Statut professionnel:

☐ Employé·e (p. ex. à l'hôpital, en cabinet de groupe)

☐ En formation

☐ Travailleur indépendant  
(p. ex. cabinet individuel, partenariat)

☐ Autre statut

Spécialité :

Activité concrète :

Taux d'occupation en % :

Lieu de travail :

Revenu brut annuel (estimé) en tant qu'employé·e ou chiffre d'affaires brut annuel (estimé)  
en tant qu'indépendant·e, en CHF:

Où et quand avez-vous obtenu le diplôme fédéral ou l'autorisation d'exercer ou de travailler?

**Caisse-Maladie des Médecins Suisses**

Oberer Graben 37 | Case postale 2046 | 9001 Saint-Gall  
071 227 18 18 | [info@saekk.ch](mailto:info@saekk.ch) | [www.saekk.ch](http://www.saekk.ch)

## 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 pres- tation	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>					

**Païement 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>					

**Païement 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>				

**Païement des cotisations** ☐ annuel ☐ semestriel (+2%) ☐ trimestriel (+4%)



# SAEKK

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

- 
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:



# SAEKK

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

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:

7. Taille :  cm

Poids corporel :  kg



# SAEKK

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

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

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

En cas d'amétropie, veuillez indiquer les dioptries:

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

N° de la question	Type de maladie, d'accident ou d'affection ou résultat du traitement ou de l'examen	Date du traitement	Guérison sans séquelles (oui/non)	Nom et adresse de votre médecin, thérapeute ou hôpital



# SAEKK

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

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

→ 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? ☐ Oui ☐ Non

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

→ Si **oui**,

Nom de la société:

Montant:

Durée de la prestation:



# SAEKK

Caisse-Maladie  
des Médecins Suisses

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	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Lieu, date	<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
Lieu, date	<input type="text"/>	Signature Conseiller	<input type="text"/>

## 1. Référence

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

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
NPA	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>

## 2. Référence

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

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
NPA	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>