

Adresse der Referenz

Ort und Datum:

Sehr

Unsere Ärzte der Medizinischen Kommission ersuchen Sie höflich um Auskunft über den Gesundheitszustand von

<i>Dr.</i>	<i>geb. am:</i>
------------	-----------------

Der Antragsteller will unserer Kasse beitreten und hat Sie als Referenz bezeichnet.

1. Wie lange kennen Sie den Antragsteller ? _____

2. Sind Ihnen Gesundheitsstörungen und/oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen bekannt?

3. Wenn ja, welche Art von Gesundheitsstörungen (Befunde, Diagnosen, Datum, Dauer)?

4. Sind in Bezug auf die Lebensweise nachteilige Einflüsse auf die Gesundheit zu befürchten (z.B. Substanzmissbrauch, psychosoziale Belastungen und/oder andere Risiken) ?

5. Beantragen Sie eine persönliche Untersuchung und Begutachtung des Antragstellers durch einen speziellen Vertrauensarzt ?

6. Bemerkungen : _____

Der Unterzeichnende bezeugt hiermit, die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen und ohne irgendwelche Rücksicht auf die in Frage stehende Person beantwortet zu haben.

Ort und Datum : _____

Unterschrift : _____

Mit der Unterzeichnung des Antrages ermächtigt der Antragsteller die Genossenschaft, Auskünfte über seinen Gesundheitszustand einzuholen. (Art. 2, Absatz 1 der Allgemeinen Bedingungen).

Das Formular kann im Internet unter: www.saekk.ch heruntergeladen und ausgedruckt werden.