

Beitrittserklärung Hausarztmodell

Versicherungsbeginn

Beginn des Hausarztmodells: _____

Personen

Ich/wir erklären hiermit den Beitritt zum Hausarztmodell.

	Vorname	Name	Geb.-Datum	Wohnort
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

Hausarzt

Name und Adresse des jeweiligen Hausarztes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Hausarztmodells habe/n ich/wir gelesen. Deren Inhalt ist mir/uns bekannt, insbesondere auch die Ermächtigung an den Hausarzt zur Bekanntgabe der Diagnose an die Kasse und die Weiterreichung der Krankenunterlagen bei einem allfälligen Wechsel des Arztes.

Ein Wechsel in ein anderes Modell (freie Arztwahl / sumi24Telmed / HMO) ist nur per Ende eines Kalenderjahres möglich, Art. 94 Abs. 2 KVV. Ein Modellwechsel per 01.01. muss jeweils bis am 30. September gemeldet/beantragt werden.

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters:
