

Erklärung zum Antrag vom _____

Bearbeiter: _____

Antragsteller: _____

zu versichernde Person: _____

Bearbeitungs-/ Mitgliedsnr.: _____

Ärzterabatt

Der Ärzterabatt in Höhe von 20 % wird für praktizierende Humanmediziner und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen (Ehegatte, Lebensgefährte und Kinder) nach den AM- und A-Tarifen (außer A80B/ AG80) und den Tarifen S1, S101 oder S102 gewährt.

Hiermit bestätige ich:

dass ich humanmedizinisch tätig bin und mein/e Ehegatte/in / Lebensgefährte/in sowie Kinder in häuslicher Gemeinschaft leben.

dass mein Ehegatte / Lebensgefährte humanmedizinisch tätig ist und ich und die Kinder in häuslicher Gemeinschaft leben.

Angaben über den Humanmediziner:

Praxisanschrift / Name des Arbeitgebers: _____

Fachrichtung: _____

Der Ärzterabatt entfällt, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht oder die Tätigkeit als Humanmediziner nicht mehr ausgeübt wird. Ausnahme: Der Rabatt wird während der Dauer der Elternzeit oder bei Eintritt in den Altersruhestand weiterhin gewährt.

Ich verpflichte mich die SDK innerhalb von 2 Monaten darüber zu informieren, wenn die Tätigkeit als Humanmediziner nicht mehr ausgeübt wird oder die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht. Dies gilt auch für die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft eines Kindes.

Die derzeitige Rabatthöhe ist keine garantierte Höhe. Ändern sich die Kalkulations- bzw. die technischen Berechnungsgrundlagen, kann die Rabatthöhe während der Vertragslaufzeit angepasst werden.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers und
der zu versichernden volljährigen Personen