

Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Krankheit

Leistungsanzeige für Kapitalleistungen

Bitte füllen Sie das Formular als versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung vollständig aus und senden Sie es an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse. Nur so können wir Ihren Leistungsanspruch prüfen.

Bei Meldung eines Todesfalls ignorieren Sie bitte die Punkte 3.1, 3.2, 3.3.

Bei Meldung einer Invalidität ignorieren Sie bitte den Punkt 2.3.

Für Kinder unter 15 Jahren brauchen Sie die Frage 3.2 nicht zu beantworten.

Haben Sie Fragen? Unser Kundenservice-Center 0844 277 277 hilft Ihnen gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer



Alternativ können Sie das Formular auf css.ch/kti online zustellen.

Invalidität

Todesfall

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Personalien der versicherten Person

Vorname	Name	Geburtsdatum	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail	Telefon	Erreichbar um
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Personalien der meldenden Person

Vorname	Name	Geburtsdatum	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail	Telefon	Erreichbar um
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Krankheitshergang/Krankheitsverlauf

2.1 Krankheitsausbruch

Datum Krankheitsausbruch	Art der Erkrankung/ Diagnose
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 Bitte beschreiben Sie den Krankheitsverlauf und deren Ursache möglichst genau:

2.3 Datum der Feststellung des Todes?

2.4 Behandelnder Arzt/Spital/Zahnarzt?

Name	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausarzt?

Name	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere behandelnde Ärzte/Spitäler/Zahnärzte?

Name	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.5 Datum des Behandlungsbeginns?

2.6 Bestand das Leiden schon früher?
 Ja Nein Wenn ja, seit wann?

3 Invalidenversicherung (IV)

3.1 Ist die Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV) bereits erfolgt?
 Ja Nein

3.2 Sind oder waren Sie aufgrund der Verletzung arbeitsunfähig?
 Ja Nein Grad der Arbeitsunfähigkeit % von bis

3.3 Wurde eine Rente zugesprochen?
 Ja Nein

4 Bemerkungen

Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen dieses Formulars wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Die unterzeichnende Person tritt der CSS ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenannter Krankheit bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die CSS ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann. Mit der Unterzeichnung der Krankheitsanzeige wird die CSS ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für die Versicherung bei Todesfall- und Invaliditätskapital durch Krankheit ist die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG.

Ort	Datum	Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anschrift des Versicherers:
CSS, Kompetenzzentrum Spezialversicherungen, Postfach 2568, 6002 Luzern