

# Assurance pour décès ou invalidité par maladie

## Annonce pour les prestations en capital

En tant que personne assurée ou représentant/e légal/e de cette dernière, merci de remplir le formulaire en intégralité avant de l'envoyer à l'adresse indiquée en dernière page. Nous pourrons alors vérifier votre droit aux prestations.

**En cas d'annonce d'un décès, merci d'ignorer les points 3.1, 3.2 et 3.3.**

**En cas d'invalidité, merci d'ignorer le point 2.3.**

**Pour les enfants de moins de 15 ans, il n'est pas nécessaire de répondre à la question 3.2.**

Avez-vous des questions? Notre Centre de Service-clientèle vous aide avec plaisir au numéro 0844 277 277. Merci beaucoup.

Numéro de client



Vous pouvez également faire l'annonce  
en ligne sur [css.ch/mdi](https://css.ch/mdi)

Invalidité

Décès

## 1 Informations générales

### 1.1 Données personnelles de la personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, n°
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	E-Mail	Téléphone	Joignable à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.2 Données personnelles de la personne faisant l'annonce

Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, n°
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	E-Mail	Téléphone	Joignable à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2 Déroulement de la maladie / développement de la maladie

### 2.1 Survenance de la maladie

Survenance de la maladie	Type de maladie / diagnostic
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2.2 Merci de décrire aussi précisément que possible le développement de la maladie et ses causes:

### 2.3 Date de la constatation du décès?

### 2.4 Médecin traitant / hôpital / dentiste?

Nom	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Médecin de famille?

Nom	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres médecins traitants/hôpitaux/dentistes?

Nom

NPA/Localité

Nom

NPA/Localité

2.5 Date du début du traitement?

2.6 La maladie était-elle présente auparavant?

 Oui Non

Si oui, depuis quand?

### 3 Assurance-invalidité (AI)

3.1 L'annonce a-t-elle déjà été envoyée à l'assurance-invalidité (AI)?

 Oui Non

3.2 Avez-vous subi ou subissez-vous une incapacité de travail du fait de la blessure?

 Oui Non

Degré de l'incapacité de travail

%

au

3.3 Une rente a-t-elle été accordée?

 Oui Non

### 4 Remarques

**Veillez confirmer l'exactitude des données par votre signature. Merci de votre collaboration.**

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de manière authentique et intégralement.

La personne soussignée cède à la CSS son éventuel droit relevant de la responsabilité civile en lien avec la maladie susmentionnée jusqu'à hauteur des prestations allouées et prend acte du fait que la CSS peut faire valoir ses droits vis-à-vis de tiers. Par la signature de l'annonce de maladie, la CSS a procuration pour fournir ou demander en tout temps des données aux médecins, à d'autres fournisseurs de prestations, à des assureurs sociaux ou privés ou à leurs médecins-conseils ou médecin d'entreprise et aux autorités dans le respect des disposition légales en matière de la protection des données, si cela s'avère nécessaire pour l'analyse de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ce cas, déliées de leur obligation de garder le secret vis-à-vis de la CSS.

La personne soussignée a le droit de se renseigner au sujet du traitement des données concernées. L'autorisation de traitement des données peut être révoquée en tout temps.

L'entité juridique pour l'assurance pour décès ou invalidité par maladie est Helvetia Compagnie Suisse d'Assurance sur la Vie SA.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

**Adresse de l'assureur:**

CSS, Centre de compétence Ass. spéciales, Case postale 2568, 6002 Lucerne