

Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Unfall



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.

Für Kinder unter 15 Jahren brauchen Sie die Frage 3.1 und 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/uti 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 Unfallhergang

2.1 Wann, wo und wie ist der Unfall passiert?

Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang (Tätigkeit, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Tiere, Maschinen etc.)

2.2 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Ja Nein

Wenn Ja, von welcher Amtsstelle?

3 Versicherungen

3.1 Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?

Name Arbeitgeber

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Anzahl Stunden pro Woche

3.2 Kennen Sie die Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers?

Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name Versicherung

Schadensnummer

4 Verletzungen

4.1 Art der Verletzungen?

Beschreibung

Körperteil

Rechts Links

4.2 Wer war Erstbehandelnder (Arzt/Spital/Zahnarzt)?

Name

PLZ/Ort

4.3 Bestehen weitere Versicherungen gegen Unfall?

Ja Nein

Wenn Ja, welche? (Bitte eine Kopie Ihrer Police beilegen)

Name Versicherung

Name Agentur

Policennummer

5 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 obgenanntem Unfall 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 Unfallanzeige 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 Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

Anschrift des Versicherers:

CSS, Kompetenzzentrum Spezialversicherungen, Postfach 2568, 6002 Luzern