

# Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Krankheit

## Leistungsanzeige für Kapitalleistungen

Dieses Formular ist durch die versicherte Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Unter [css.ch/kti](http://css.ch/kti) finden Sie alle Informationen zum Produkt sowie das notwendige Formular. Wir bitten, dieses vollständig auszufüllen und so schnell wie möglich an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse zu senden. Ohne Ihre Angaben können wir Ihren Leistungsanspruch nicht prüfen. Vielen Dank für die Zusammenarbeit.

**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 Contact Center 0844 277 277 hilft Ihnen gerne weiter.

Kundennummer

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"/>

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

Einsenden an:  
CSS Versicherung AG  
Kompetenzcenter Spezialversicherungen  
Postfach 2568  
6002 Luzern