

Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Unfall

Leistungsanzeige für Kapitalleistungen

Dieses Formular ist durch die versicherte Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Unter css.ch/uti 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.

Für Kinder unter 15 Jahren brauchen Sie die Frage 3.1 und 3.2 nicht zu beantworten.

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

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 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Anzahl Stunden pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 **Kennen Sie die Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers?** Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name Versicherung

Schadensnummer

4 Verletzungen

4.1 **Welche Verletzung haben Sie erlitten?**

Art der Verletzung

Körperteil

Rechts

Links

4.2 **Wer hat Sie zuerst behandelt (Arzt/Spital/Zahnarzt)?**

Name

PLZ/Ort

4.3 **Haben Sie noch andere 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 oder Arcosana AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

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