

Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Unfall

Leistungsanzeige für Kapitaleistungen



Dieses Formular ist durch die versicherte Person, bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Sie können das Dokument auch im Internet auf unserer Homepage www.css.ch/uti (Anmeldung Unfallkapital) ausfüllen und drucken.

Das Formular senden Sie uns bitte so rasch wie möglich an die auf der letzten Seite dieses Formulars aufgeführte Adresse.

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

Schadennummer

--	--

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 Versicherung ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die CSS Versicherung ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann. Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige wird die CSS Versicherung 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 Versicherung 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, INTRAS Kranken-Versicherung AG oder Arcosana AG

*Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG oder INTRAS Versicherung AG

Ihren Rechtsträger für Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG) entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

--	--	--

Einsenden an:
CSS Versicherung
Kompetenzcenter Spezialversicherungen
Postfach 2568
6002 Luzern