

Assurance pour décès ou invalidité par maladie

Annonce pour les prestations en capital



Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Il est aussi possible de le remplir en ligne sur notre site www.css.ch/mdi (Déclaration de maladie) et de l'imprimer. Merci d'envoyer ce formulaire dès que possible à l'adresse indiquée à la dernière page. Si nous n'avons pas ces indications, nous ne pouvons pas contrôler 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 Contact Center 0844 277 277 se fera un plaisir de vous répondre. Merci.

Numéro de client

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"/>

Autres médecins traitants/hôpitaux/dentistes?

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

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

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

% du

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 Assurance 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 Assurance 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 Assurance.

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

Envoyer à:
CSS Assurance
Centre de compétence Ass. spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne