



MELDUNG INVALIDITÄT KAPITALVERSICHERUNG BEI INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT

(Von der versicherten Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter auszufüllen).

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten und uns die Schadenmeldung umgehend zuzustellen.

Personalien der versicherten Person:

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: AHV-Nr.:
Telefon-Nr.: Versicherungs-Nr.:
PC-/Bank-Verbindung:

Krankheitshergang

Datum Krankheitsausbruch:

Art der Erkrankung:

Genaue Beschreibung von Krankheitsverlauf und -ursache (kurze Schilderung):
.....
.....
.....

Behandelnde Ärzte/Spitäler:
(genaue Adressen)

Sind Sie arbeitsunfähig? Ja Nein zu% ab

Ist die Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV) erfolgt? Ja Nein

Wurde Ihnen eine Rente zugesprochen? Ja Nein IV-Grad:

Mit ihrer Unterschrift ermächtigt die versicherte Person die Gesellschaft ausdrücklich, alle notwendigen Auskünfte von Ärzten zu verlangen, die sie behandeln oder früher behandelt haben, sowie in die Akten der SUVA, der Militärversicherung, der Invalidenversicherung (IV) und anderer Versicherungen oder Krankenversicherungen Einsicht zu nehmen.

Bemerkungen:
.....

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. des
gesetzlichen Vertreters