

Meldung eines Leistungsfalls zur

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

zu Vertrag Nr.

Versicherte(r)

Telefonnummer/
E-Mail f. Rückfragen

Ansprechpartner(in) am besten zu erreichen um: Uhr

Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung seit wann:

derzeitiger/zuletzt ausgeübter Beruf: seit wann:

Selbständiger:

Beamter:

Angestellter:

Bemerkungen:
(z.B. zum Krankheitsverlauf, Behandlungen, Stellung eines Rentenanspruches bei der DRV (Deutsche Rentenversicherung), etc.)

Datum:

Bitte senden Sie das Formular an : leistung@cosmosdirekt.de
Ein Mitarbeiter der Leistungsabteilung wird sich umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen