

LL 02 (04.21)  
GV650

# Meldung eines Leistungsfalls



Bitte Formular ausfüllen und per Post, E-Mail oder Fax senden:  
Wir melden uns direkt bei Ihnen!



CosmosDirekt, 66101 Saarbrücken



leistung@cosmosdirekt.de



0681 - 9 66 66 33

## Zu welchem Vertrag möchten Sie einen Leistungsfall melden?

Versicherungsnummer

## Wer ist versichert?

Bitte machen Sie hier Angaben zur versicherten Person.

Vorname

Name

Geburtsdatum

## An wen dürfen wir uns bei Fragen wenden?

Vorname

Name

Telefonnummer

Wann dürfen wir Sie anrufen? Bitte nennen Sie uns eine Uhrzeit oder einen Zeitraum zwischen 8:00 und 20:00 Uhr.

 :

-

 :

## Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat die versicherte Person?



seit wann

## Seit wann kann die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben?

Datum

## Welchen Beruf hat die versicherte Person vor Eintritt der Beeinträchtigungen ausgeübt?



seit wann

selbstständig     beamtet     angestellt

## Können Sie weitere Angaben machen?

Bitte machen Sie weitere Angaben z.B. zum Krankheitsverlauf, zu Behandlungen, Stellung eines Rentenanspruchs bei der Deutschen Rentenversicherung, usw.



Datum