

Po wypełnieniu prosimy o przesłanie formularza na adres:

Genworth Financial, Departament Obsługi Roszczeń, ul. Emilii Plater 53, 12 piętro, 00-113 Warszawa

WAŻNE – PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI

1. W czasie rozpatrywania roszczenia są Państwo zobowiązani do regulowania zobowiązań wynikających z Umowy karty kredytowej.
2. Przesłanie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z wypłatą odszkodowania.
3. Za zgodą Banku, jeżeli Państwa roszczenie zostanie rozpatrzone pozytywnie mogą Państwo otrzymać zwrot płatności dokonanych pomiędzy zgłoszeniem roszczenia a jego akceptacją.
4. Wszelkie koszty związane z wypełnieniem niniejszego formularza i skompletowaniem wymaganych dokumentów ponosi Ubezpieczony,
5. Prosimy o podanie pełnych i wyczerpujących odpowiedzi oraz o dołączenie do formularza wszelkich wymaganych dokumentów, co pozwoli na szybkie rozpatrzenie Państwa roszczenia,
6. Uprawniony przedstawiciel naszej firmy może Państwa odwiedzić w okresie występowania o odszkodowanie.
7. Prosimy o wypełnienie formularza czarnym kolorem.

INSTRUKCJE

Poniższe instrukcje pomogą Państwu poprawnie wypełnić niniejszy formularz a nam pozwolą na jego szybkie rozpatrzenie. Przekazanie niekompletnych informacji może wiązać się z opóźnieniami w rozpatrywaniu roszczenia. Niniejszy formularz jest wypełniany w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy. Dla ułatwienia proponujemy skorzystać z poniższego spisu i odznaczyć wypełnione pola wykazu aby nie pominąć żadnej części formularza.

- **Prosimy o zachowanie dla siebie kopii wypełnionego formularza i przesyłanych dokumentów**
- **W przypadku, gdy przedłożone dokumenty okażą się niewystarczające do określenia zasadności wypłaty roszczenia i określenia jego wysokości zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o dostarczenie dodatkowych informacji**

- √ Prosimy o wypełnienie Części A
- √ Prosimy o wypełnienie Części B (wypełnia Pracodawca)
- √ Prosimy o wypełnienie Części C (wypełnia Bank)
- √ Prosimy o wypełnienie Części E przez Pani/Pana lekarza
- √ **Prosimy o przeczytanie i podpisanie części D**

Prosimy o załączenie poniższych dokumentów (w przypadku kopii prosimy o potwierdzenie dokumentów „za zgodność z oryginałem” przez upoważnionego pracownika Banku)

- √ kopię dowodu osobistego
- √ kopię zwolnienia lekarskiego (formularz L4) oraz jeśli ma to zastosowanie historię pobytu w szpitalu
- √ opis wypadku i raport policyjny (jeśli ma zastosowanie)
- √ Potwierdzenie prowadzenia działalności na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą (wypis z rejestru)

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy przy wypełnianiu formularza lub w przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt pod numerem: 22 526 28 00

W przypadku przekazania niekompletnych dokumentów bądź braku złożenia podpisu na formularzu Państwa roszczenie nie będzie mogło zostać rozpatrzone

A. Dane Osobowe

Pan/Pani
Imiona:
Nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Nazwa Banku:

Nr umowy kredytowej:

Adres zameldowania:

Ulica.
Kod:
Miejscowość:

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż powyżej):

Ulica:
Kod:
Miejscowość:

Numer telefonu (z numerem kierunkowym):

Czy występował Pan/Pani z roszczeniem z tytułu niniejszego ubezpieczenia? Tak Nie

Czy ubiega się Pan/Pani o odszkodowanie z tytułu tej samej ochrony ubezpieczeniowej w innym zakładzie ubezpieczeń?

Tak Nie

Jeśli „tak” to prosimy o podanie nazw zakładów ubezpieczeń wraz z nr telefonów i numerami referencyjnymi roszczeń:

B. Oświadczenie Pracodawcy (wypełnia Pracodawca)

Stanowisko zajmowane przez pracownika:

Podpis:

Wymiar czasu pracy (cały etat, część etatu):

Stanowisko:

Data rozpoczęcia zatrudnienia:

Data:

Ostatni dzień wykonywania pracy:
Początek niezdolności do pracy z powodu choroby:

Nazwa firmy i pełen adres:

Dzień powrotu do pracy:
Czy osoba ubiegająca się o odszkodowanie jest nadal pracownikiem firmy?

Tak Nie

Jeśli „nie” proszę podać datę zakończenia zatrudnienia

Numer telefonu:

Numer faksu:

Czy pracownik wykonywał pracę poza granicami kraju?

Tak Nie

Od: Do:

Pieczętka firmy:

W jakim kraju?

C. Informacje dotyczące Umowy kredytu (wypełnia Bank)

Niniejszym potwierdzam, że Kredytobiorca jest objęty ochroną ubezpieczeniową:

Tak

Nie

Numer konta karty kredytowej:

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Saldo zadłużenia na dzień generowania wyciągu z rachunku karty kredytowej w miesiącu poprzedzającym miesiąc wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Imię i nazwisko upoważnionego pracownika Banku:

Data:

Podpis:

D. Deklaracja

:

Powiadomienie

- Niniejszym zaświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe. Jestem świadomy, że udzielenie informacji nieprawdziwych upoważnia Genworth Financial do odmowy wypłaty odszkodowania z niniejszego ubezpieczenia
- Wyrażam zgodę każdemu szpitalowi, lekarzowi, pracodawcy lub innej osobie do udzielania informacji na żądanie Genworth Financial oraz jej agentów, firm współpracujących lub przedstawicieli, na potrzeby ustalenia zasadności wypłaty odszkodowania i jego wielkości
- Kopie niniejszego formularza uznaje się za prawnie wiążące
- Jestem świadomy/a, że niniejszy formularz zostanie przekazany lub będzie przetwarzany przez firmy powiązane z Genworth Financial w związku z niniejszą Umową Ubezpieczenia, łącznie z weryfikacją, obsługą roszczeń i zapobieganiu wyludzeniu, co może się wiązać z przekazywaniem danych innym podmiotom. Wyrażam zgodę na weryfikację moich danych w innych firmach ubezpieczeniowych dla sprawdzenia danych przekazanych Genworth Financial.
- W celu rozpatrzenia wniosku Ubezpieczonego, Genworth Financial zobowiązane będzie do gromadzenia danych osobowych dotyczących Ubezpieczonego, w tym danych wymagających zachowania poufności (jak np. historia choroby). Przekazując Genworth Financial stosowne dane osobowe Ubezpieczony potwierdza, że wyraża zgodę na:

(1) gromadzenie i wykorzystywanie ich w celu rozpatrzenia wniosku, likwidacji szkód oraz zapobiegania oszustwom;

(2) przekazanie ich podmiotom powiązanym z Genworth Financial oraz osobom trzecim świadczącym usługi na rzecz Genworth Financial, organom nadzoru, instytucjom branżowym i państwowym.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego
(prosimy wpisać drukowanymi literami):

Data:

Podpis:

E. Oświadczenie lekarza

Imię i Nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

PESEL

Data pierwszej konsultacji udzielonej w związku z wypadkiem lub chorobą

Pierwszy dzień uznania przez Pana/Panią pacjenta niezdolnego do pracy

Data ostatniej konsultacji udzielonej w związku z wypadkiem lub chorobą

Kiedy pacjent będzie zdolny do wykonywania pracy?

Jeżeli podanie dokładnej daty nie jest możliwe prosimy określić wedle Pana/Pani opinii za ile tygodni lub miesięcy pacjent będzie zdolny pracy?

Prosimy opisać chorobę lub wypadek, w razie wypadku prosimy podać przyczynę:

Jeżeli Pana/Pani pacjent cierpi z powodu więcej niż jednej choroby lub doznał więcej obrażeń prosimy o dokładny ich opis począwszy od najpoważniejszego:

i)
ii)
iii)

Jeżeli pacjent cierpi z powodu bólu kręgosłupa, czy zostało wykonane prześwietlenie? Tak

Nie

Data wykonania prześwietlenia:

Opis:

Jeżeli pacjent cierpi z powodu choroby psychicznej lub zaburzeń umysłowych, w tym wynikających ze stresu lub stanów wywołanych stresem, to

czy został skierowany do specjalisty? Tak

Nie

Data skierowania

Czy choroba pacjenta lub jego obrażenia są wynikiem samookaleczenia, porodu, ciąży lub poronienia, nadużywania alkoholu lub zażywania narkotyków, zarażenia wirusem HIV lub chorobą AIDS, operacją kosmetyczną lub upiększającą, bądź miała miejsce w wyniku rozruchów społecznych, zamieszek, działań wojennych lub jest związana ze stanem umysłowym pacjenta?

Tak

Nie

- jeżeli „tak” to prosimy o opis:

Prosimy o informację czy pacjent przebył taką lub podobną chorobę w przeszłości?

Tak

Nie

- jeżeli „tak” to prosimy o opis:

Czy pacjent został skierowany do szpitala lub był hospitalizowany z powodu tej choroby/wypadku ?

Tak

Nie

Dane dotyczące pobytu w szpitalu (jeśli ma zastosowanie):

Dzień przyjęcia do szpitala: :

Dzień wypisu:

Nazwa i adres szpitalu:

Nazwisko lekarza:

Niniejszym zaświadczam, iż pacjent był/jest pod opieką medyczną i moim zdaniem był/jest niezdolny do wykonywania pracy w oznaczonym okresie.

Imię i nazwisko lekarza (drukowanymi literami):

Podpis:

Numer telefonu:

Data:

Adres:

Pieczętka: