

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 utraty 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
- √ Prosimy o wypełnienie Części C (wypełnia Bank)
- √ **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
- √ zaświadczenie o nadaniu ubezpieczonemu statusu bezrobotnego z właściwego urzędu pracy
- √ kopię wypowiedzenia umowy o pracę
- √ kopię świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy
- √ potwierdzenia regularnego poszukiwania pracy tj. podania o zatrudnienie, zaproszenia na rozmowy kwalifikacyjne, odmowy zatrudnienia, potwierdzenia rejestracji w agencji pracy itp.

**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:

Adres zameldowania:

Ulica.  
Kod:  
Miejscowość:

Nazwa Banku:

Nr umowy kredytowej:

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż powyżej):

Ulica:  
Kod:  
Miejscowość:

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

Tak

Nie

Numer telefonu (z numerem kierunkowym):

### B. Dane o zatrudnieniu

Moje zatrudnienie uległo zakończeniu przyczyn leżących po stronie pracodawcy  
i nie było przeze mnie zawinione

Tak

Nie

Pełna nazwa ostatniego pracodawcy lub nazwa firmy  
w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą

Dzień rozpoczęcia zatrudnienia:

Dzień wygaśnięcia umowy:  
Dzień uzyskania informacji o  
zakończeniu zatrudnienia:

Dzień wypowiedzenia umowy:

Ostatni dzień świadczenia pracy:

Wymiar czasu pracy  
(cały etat, część etatu)::

Wykonywany zawód:

Data rejestracji w Urzędzie Pracy:

Adres Urzędu Pracy:

Czy znalazł Pan/Pani kolejną pracę?

Tak

Nie

- Jeżeli tak, prosimy podać od kiedy:  
Pan/Pani pracuje:

Jeżeli był Pan/Pani zatrudniony krócej niż 12 miesięcy u poprzedniego pracodawcy, prosimy o podanie danych o wcześniejszym zatrudnieniu:

Nazwa firmy

Adres

Początek zatrudnienia

Koniec zatrudnienia

### 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 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 wyłudzeniu, 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 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: