

Zgon Ubezpieczonego

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

Rozumiemy trudną sytuację, jaką jest utrata bliskiej osoby, dlatego naszym celem jest przekazanie wszystkich niezbędnych informacji teraz, aby proces rozpatrywania szkody był przejrzysty i zrozumiały.

Ważne informacje:

- Podczas przystępowania do umowy ubezpieczenia Ubezpieczonemu zostały dostarczone Szczególne Warunki Ubezpieczenia. Dokument ten określa warunki, które powinny zostać spełnione, aby świadczenie zostało wypłacone. Prosimy zapoznać się z zapisami zawartymi w ww. dokumencie.
- Prosimy zgłosić szkodę, jeśli zgon Ubezpieczonego nie jest związany z chorobą istniejącą opisaną w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia
- Prosimy zgłosić szkodę, jeśli zgon Ubezpieczonego nie był wynikiem pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu / narkotyków

Krok 2: Wypełnij formularz zgłoszenia szkody

Jak wypełnić formularz zgłoszenia szkody

- Prosimy upewnić się, czy wszystkie części formularza zostały wypełnione – aby decyzja została podjęta niezwłocznie niezbędne jest podanie wszystkich informacji, o które prosimy w formularzu
- Prosimy upewnić się, czy zostały dołączone wszystkie dokumenty zgodnie z listą znajdująca się poniżej
- Prosimy upewnić się, czy formularz został podpisany czytelnie (z datą podpisania)
- Prosimy upewnić się, czy w formularzu został podany aktualny adres do korespondencji.

Krok 3: Skompletuj dokumenty

Prosimy o wypełnienie formularza oraz / lub przesłanie dokumentów wymienionych poniżej, aby decyzja mogła zostać podjęta niezwłocznie;

- Lekarz prowadzący wypełnia strony 3 i 4 formularza w części „Wypełnia Lekarz Prowadzący”. Jeśli lekarz nie wypełni formularza prosimy o dołączenie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną zgonu Ubezpieczonego lub podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których leczona była ta choroba (dotyczy lekarza/przychodni podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, szpitali),
- Kopii aktu zgonu Ubezpieczonego,
- Kopii zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karta zgonu zawierająca określenie przez lekarza przyczyny zgonu Ubezpieczonego,
- Jeśli zgon Ubezpieczonego spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie okoliczności zdarzenia oraz dołączenie kopii dokumentów dotyczących wypadku np. kopii protokołu BHP – jeśli wypadek miał miejsce w pracy, kopii notatki policyjnej /postanowienia prokuratury - jeśli wzywana była policja oraz prowadzone było postępowanie.

WAŻNE: Prosimy o upewnienie się, że wszystkie dokumenty zostały skompletowane. Przesłanie wszystkich dokumentów, o które prosimy wraz z wypełnionym formularzem spowoduje rozpatrzenie szkody w możliwie najkrótszym terminie.

Krok 4: Co się stanie z formularzem wysłanym do Genworth?

Po otrzymaniu poprawnie wypełnionego formularza oraz / lub kompletu dokumentów, roszczenie zostanie zarejestrowane i nadany zostanie unikalny numer, który będzie wskazywany w nagłówku każdej korespondencji. Prosimy o powoływanie się na ten numer w każdej kolejnej korespondencji kierowanej do Genworth.

Na podstawie dostarczonej dokumentacji oraz Szczególnych Warunków Ubezpieczenia w ciągu siedmiu dni zostanie podjęta decyzja. Po tym okresie zostanie wysłany list z informacją o podjętej decyzji.

- W przypadku decyzji o wypłacie świadczenia pismo będzie zawierało informacje o wysokości świadczenia, rachunku bankowym, na jaki zostanie przekazane świadczenie oraz terminie wypłaty świadczenia.
- W przypadku decyzji odmownej pismo będzie zawierało informację o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia.

Jeśli dostarczona dokumentacja nie będzie wystarczająca do podjęcia decyzji, wyślemy pismo z informacją, jakie dodatkowe dokumenty są niezbędne do podjęcia decyzji. Konieczność gromadzenia dodatkowej dokumentacji może opóźnić termin podjęcia decyzji.

Następna strona zawiera informacje gdzie należy wysłać formularz

Gdzie należy wysłać formularz i dokumenty

Po wypełnieniu całego formularza oraz / lub skompletowaniu dodatkowej dokumentacji prosimy przesłać całość dokumentów jedną z poniższych dróg:

Pocztą elektroniczną: Zeskanowany formularz oraz dodatkowe dokumenty prosimy wysłać na adres: *ops.poland@genworth.com*

Faxem na numer: *+48 22 526 28 01*

Pocztą na adres: *Genworth Financial
ul. E. Plater 53, 17 piętro
00-113 Warszawa*

Prosimy zatrzymać kopię wniosku oraz oryginały przekazywanych dokumentów, w przypadku, gdyby były potrzebne w przyszłości.

Wszystkie informacje, o które pytamy w formularzu oraz dokumenty, o które prosimy pozwolą nam podjąć decyzję niezwłocznie. Niekompletny formularz lub brak wymaganych przez nas dokumentów opóźni proces podjęcia decyzji. Może się jednak zdarzyć, że będziemy potrzebować dodatkowych dokumentów, w takim przypadku poprosimy Panią/Pana o uzupełnienie dokumentacji.

Oświadczenie

- Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.
- Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, w załącznikach do niego oraz innych danych uzyskanych w związku wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie tych danych Administratorowi, w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania Umowy Ubezpieczenia, a w szczególności ustalenia prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych wskazanych w pkt poprzednim przez Ubezpieczyciela i Administratora w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia spółkom powiązanim, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 września 2000 r. kodeks spółek handlowych (Dziennik Ustaw z 2000 r. nr 94 poz. 1037 z późn. zm.) Genworth Financial Inc. z siedzibą pod adresem: 6620 W. Broad St., Richmond, VA 23230.
- Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że:
 - podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, jednakże dane te są niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.
 - przysługuje mi w każdym czasie prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data:

X

d d m m r r

Dane osobowe Ubezpieczonego

Imię:

PESEL:

Nazwisko:

Numer umowy leasingu / numer umowy pożyczki:

Adres:

Dane osobowe zgłaszającego roszczenie

Relacja z Ubezpieczonym:

Imię:

Telefon:

Nazwisko:

Email:

Adres:

Czytelny podpis:

Data:

Okoliczności nieszczęśliwego wypadku – jeśli zgon Ubezpieczonego spowodowany był wypadkiem

Data wypadku

Jeśli wzywana była policja prosimy podać nazwę i adres Policji / Prokuratury prowadzącej postępowanie oraz numer sprawy

Prosimy podać dokładny opis i okoliczności wypadku

Informacje dotyczące przyczyny zgonu Ubezpieczonego – wypełnia Lekarz Prowadzący

Imię i nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia:

Proszę podać choroby, które były przyczyną zgonu Ubezpieczonego (jaka choroba / jaki uraz):

Informacje dotyczące zgonu Ubezpieczonego – wypełnia Lekarz Prowadzący

Data pierwszej konsultacji w związku z zachorowaniem/wypadkiem, skutkującym zgonem Ubezpieczonego:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Data zgonu Ubezpieczonego:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Data rozpoznania choroby stanowiącej przyczynę zgonu Ubezpieczonego:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Czy zgon Ubezpieczonego jest związany z:

- chorobą rozpoznawaną lub leczoną przed datą zgonu Ubezpieczonego:

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły (w szczególności datę zdiagnozowania choroby oraz daty wizyt lekarskich):

- pozostawieniem przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza:

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

- nieuzasadnioną odmową przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza, poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską:

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

Dane Lekarza

Imię i Nazwisko

Adres Gabinetu / placówki medycznej:

Podpis lekarza

Pieczętka lekarza

Data:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---