

Czasowa niezdolność do pracy

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

- Podczas zawierania umowy ubezpieczenia zostały Pani / Panu 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 tylko w przypadku, jeśli przebywa Pani / Pan na zwolnieniu lekarskim minimum 60 dni
- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli pierwszy dzień Pani / Pana zwolnienia lekarskiego wystąpił po okresie 90 dni następujących po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej
- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli zwolnienie lekarskie nie jest związane z chorobą istniejącą
- Pierwsze świadczenie może zostać wypłacone po nieprzerwanym 60-cio dniowym okresie pozostawania na zwolnieniu lekarskim, następne świadczenia mogą zostać wypłacone po każdym kolejnym nieprzerwanym 30-sto dniowym okresie pozostawania na zwolnieniu lekarskim

Krok 2: Wypełnienie formularza 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: Kompletowanie dokumentów

Prosimy o wypełnienie 3 i 4 strony formularza 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 czasowej niezdolności do pracy lub podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których leczona była ta choroba (dotyczy lekarza podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, szpitali itp.).
- Kopii wszystkich zwolnień lekarskich dotyczących zgłaszanej czasowej niezdolności do pracy
- Jeśli czasowa niezdolność do pracy spowodowana była 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 uzupełnionym 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, okresie, za jaki świadczenie jest należne, terminie wypłaty, rachunku bankowym, na jaki zostanie przekazane świadczenie oraz o dalszych krokach.
- 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 przesać pełną dokumentację 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.

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

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.
- Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity Dz.U. z 2002 roku, nr 72, poz. 665) w celu realizacji umowy ubezpieczenia upoważniam Ubezpieczającego do przekazania Ubezpieczycielowi następujących informacji, objętych tajemnicą bankową: numer rachunku karty kredytowej, okres trwania umowy karty, imię i nazwisko, nr PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, kwota udzielonego limitu na kartach kredytowych, kwota salda zadłużenia na rachunku karty kredytowej, wysokość minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na karcie. Przekazanie danych objętych tajemnicą bankową zapewni przepływ dokumentów pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem, co ułatwi proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową i powstania roszczenia, zgodnie z art. 22 ust.1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej upoważniam Financial Insurance Company Limited spółkę założoną na mocy prawa Anglii i Walii, z siedzibą pod adresem: Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, Londyn W4 5XR, Wielka Brytania („Ubezpieczyciel”) do uzyskania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i okoliczności, koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz wyrażam zgodę na udzielenie takich informacji Ubezpieczycielowi przez zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy, grupowe praktyki lekarskie i innych ubezpieczycieli, a także przepazywanie tych informacji do Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Emilii Plater 53, 00-113 Warszawa („Administrator”) w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt poprzednim uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, a także na przekazanie kopii niniejszego formularza Ubezpieczającemu.
- Zostałem/łam poinformowany/a, że spoczywa na mnie obowiązek zgromadzenia i przekazania Administratorowi wszystkich dokumentów i informacji niezbędnych do podjęcia decyzji w sprawie zgłaszanego przeze mnie roszczenia.
- 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 z 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.
- Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że:
 - administratorem danych osobowych jest Ubezpieczyciel,
 - podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, jednakże dane te są niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia,
 - przysługuje mi w każdym czasie prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data:

X

d d m m r r

Dane osobowe – wypełnia Ubezpieczony

Imię:

PESEL:

.		
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Nazwisko:

Numer umowy karty kredytowej oraz numer certyfikatu:

Adres do korespondencji:

Nr umowy/umów:

Nr certyfikatu:

Telefon do kontaktu:

Czy zgłaszał/a już Pan/Pani wcześniej szkodę do

Tak Nie

Adres email:

naszego Zakładu Ubezpieczeń?

Okoliczności nieszczęśliwego wypadku – jeśli czasowa niezdolność spowodowana była wypadkiem

Data wypadku

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

Prosimy podać dokładny opis i okoliczności wypadku

Jeśli wzywana była policja prosimy podać nazwę i adres policji / prokuratury prowadzącej postępowanie oraz numer sprawy

Informacje dotyczące czasowej niezdolności do pracy – wypełnia Lekarz Prowadzący

Imię i nazwisko Pacjenta:

Prosimy podać przyczynę czasowej niezdolności do pracy (jaka choroba / jaki uraz):

Informacje dotyczące czasowej niezdolności do pracy – wypełnia Lekarz Prowadzący

Data pierwszej konsultacji w związku z zachorowaniem / wypadkiem:

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

Data rozpoznania choroby:

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

Pierwszy dzień niezdolności do pracy:

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

Jeśli u Pacjenta zdiagnozowano więcej niż jedną chorobę prosimy podać nazwę choroby oraz datę jej zdiagnozowania:

1. _____

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

2. _____

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

3. _____

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

4. _____

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

Czy czasowa niezdolność do pracy jest związana:

ze spożyciem alkoholu, zażywaniem narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę, jednak nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

Czy czasowa niezdolność do pracy jest związana z:

chorobą istniejącą:

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły oraz daty diagnozy:

Data:

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

Data:

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

Data:

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

Jeśli Pacjent był hospitalizowany z powodu choroby, która była przyczyną czasowej niezdolności do pracy prosimy podać okres hospitalizacji:

Data przyjęcia:

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

Data wypisu:

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

Miejsce hospitalizacji:

Dane Lekarza:

Imię i Nazwisko:

Adres Gabinetu / Placówki Medycznej:

Podpis Lekarza:

Pieczętka Lekarza:

Data:

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