

Czasowa niezdolność do pracy

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

- Podczas przystępowania do umowy ubezpieczenia zostały Panu / Pani 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 30 dni. Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli pierwszy dzień Pani / Pana zwolnienia lekarskiego wystąpił: po okresie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony – nie dotyczy zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli zwolnienie lekarskie nie jest związane z chorobą istniejącą opisaną w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.
- Pierwsze świadczenie może zostać wypłacone po nieprzerwanym 30-sto dniowym okresie pozostawania na zwolnieniu lekarskim, następne świadczenia mogą zostać wypłacone po każdym kolejnym nieprzerwanym 30-to 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)
- 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, rozszczenie 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 przesłać 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.
- Wyrażam zgodę na zasięganie przez Financial Assurance 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 oraz 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”) i Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Emilii Plater 53, 00-113 Warszawa („Administrator”) działającego w imieniu Ubezpieczyciela u innych ubezpieczycieli, w zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji, w tym pozyskiwania kopii dokumentacji, dotyczących mojego stanu zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również w celach archiwalnych.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt poprzednim Uposażonemu lub innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia.
- 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.
- 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 powiązanym, 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 prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data:

Dane osobowe – wypełnia Ubezpieczony

Imię:

PESEL:

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

Nazwisko:

Numer umowy Leasingu / numer umowy pożyczki:

Adres do korespondencji:

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:

Proszę 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
---	---	---	---	---	---

Jeśli Pacjent był hospitalizowany z powodu choroby, która była
przyczyną czasowej niezdolności do pracy proszę o podanie
okresu hospitalizacji:

Data przyjęcia:

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

Data wypisu:

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

Miejsce hospitalizacji:

--

Kolejne hospitalizacje:

--

Dane Lekarza:

Imię
i Nazwisko:

--

Adres
Gabinetu /
Placówki
Medycznej:

Czy czasowa niezdolność do pracy jest związana z:

- chorobą rozpoznawaną lub leczoną przed datą zgłaszanej
czasowej niezdolności do pracy:

Tak Nie Nie wiem

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

--

Czy czasowa niezdolność do pracy jest związana z:

- 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 Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

--

- nieuzasadnioną odmową przez Ubezpieczonego
skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń
lekarza

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

--

Podpis Lekarza:

--

Pieczętka Lekarza:

--

Data:

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