

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Formularz AS

Po wypełnieniu prosimy o złożenie formularza i załączonych dokumentów w Santander Consumer Bank SA.

Możliwe jest przesłanie dokumentów bezpośrednio 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 regularnego spłacania rat kredytu.
2. Wszelkie koszty związane z wypełnieniem niniejszego formularza i skompletowaniem wymaganych dokumentów ponosi Ubezpieczony.
3. Prosimy o podanie pełnych i wyczerpujących odpowiedzi oraz o dołączenie do formularza wszelkich wymaganych dokumentów co pozwoli na szybkie rozpatrzenie Państwa roszczenia.
4. Uprawniony przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń może Państwa odwiedzić w okresie występowania o odszkodowanie.
5. Prosimy o czytelne wypełnienie formularza.

### INSTRUKCJE

Poniższe instrukcje pomogą Państwu poprawnie wypełnić niniejszy formularz a nam pozwolą na szybkie rozpatrzenie roszczenia. Przekazanie niekompletnych informacji może wiązać się z opóźnieniami w wypłacie odszkodowania. Niniejszy formularz jest wypełniany w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji. Dla ułatwienia proponujemy skorzystać z poniższego spisu i odznaczyć wypełnione pola, 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 odszkodowania i określenia jego wysokości zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o dostarczenie dodatkowych informacji.

- √ Prosimy o wypełnienie Części A
- √ Prosimy o wypełnienie Części B
- √ Pracownik Centrali Banku wypełnia Część C
- √ Prosimy o przeczytanie i podpisanie części D
- √ Lekarz wypełnia Część D

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

- √ kopię zaświadczenia lekarskiego (formularz ZUS ZLA) oraz, jeśli ma to zastosowanie, wypis ze szpitala zawierający historię pobytu w szpitalu
- √ opis wypadku i odpowiednie zaświadczenie policji, jeżeli prowadzone było postępowanie policyjne w związku z wypadkiem;
- √ oryginał zaświadczenia od pracodawcy, potwierdzające, że w dniu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony był u niego zatrudniony; w odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą - dokument potwierdzający opłacenie składki zdrowotnej za okres, którego dotyczy zgłaszane roszczenie;

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy przy wypełnianiu formularza lub w przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt pod numerem: (0 22) 370 79 20

### A. Dane Osobowe

Pan/Pani  
Imiona:  
Nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Nr umowy kredytu:

Adres zameldowania:

Ulica:  
Kod:  
Miejscowość:

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż powyżej):

Ulica:  
Kod:  
Miejscowość:

Numer telefonu (z numerem kierunkowym):

Adres e-mail:

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

Tak

Nie

Jeżeli „tak” to prosimy o podanie nazw zakładów ubezpieczeń:

### B. Oświadczenie Pracodawcy (wypełnia Pracodawca)

Stanowisko zajmowane przez pracownika:

Podpis:

Wymiar czasu pracy (cały etat, część  
etatu):

Data rozpoczęcia  
zatrudnienia:

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

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

Tak

Nie

Jeśli „nie” proszę podać datę  
zakończenia zatrudnienia

Czy pracownik wykonywał pracę  
poza granicami kraju?

Tak

Nie

Od:

Do:

W jakim kraju?

Stanowisko:

Data:

Nazwa firmy i pełen adres:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Pieczętka firmy:

### C. Deklaracja

- Niniejszym zaświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe. Jestem świadomy, że udzielenie informacji nieprawdziwych upoważnia Financial Insurance Company Limited z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania (zwaną dalej „Zakładem Ubezpieczeń”) do odmowy wypłaty odszkodowania z niniejszego ubezpieczenia.
- Niniejszym upoważniam każdego lekarza i zwalnim go z tajemnicy lekarskiej, pracodawcę lub inne osoby/podmioty, które posiadają informacje dotyczące mojego stanu zdrowia lub przebiegu mojego zatrudnienia do przekazania tych informacji Zakładowi w granicach przewidzianych przez prawo, w celu ustalenia zasadności wypłaty odszkodowania, wysokości odszkodowania oraz likwidacji szkody.
- Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 02.101.926 z późn. zm.), w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia, a w szczególności w celu rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zakład Ubezpieczeń moich danych osobowych dotyczących mojego stanu zdrowia, oraz nałogów, a także na przekazywanie tych danych podmiotom, którym Zakład Ubezpieczeń powierzył przetwarzanie tych danych w celu wykonywania Umowy Ubezpieczenia, w tym w celu likwidacji szkody.
- Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu, uaktualniania, sprostowania moich danych osobowych oraz dobrowolności podania danych.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego  
(prosimy wpisać drukowanymi literami):

Data:

Podpis:

### D. Informacje dotyczące Umowy kredytu (wypełnia Centrala Banku)

Niniejszym potwierdzam, że Kredytobiorca jest objęty ochroną ubezpieczeniową:

Tak

Nie

Numer konta spłaty kredytu:

Kwota raty kredytu w walucie:

Kwota raty kredytu w PLN

Data wymagalności raty

Imię i nazwisko upoważnionego pracownika Centrali Banku:

Data:

Pieczętka imienna i podpis:

**Ważne:** Prosimy o dołączenie kopii deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia podpisanej przez Ubezpieczonego oraz harmonogramu spłat aktualny na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

### 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: