



**Genworth**  
Financial

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU UTRATY PRACY**  
**Formularz IU**

**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 S.A. 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 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, 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
- √ Prosimy o przeczytanie i podpisanie części C
- √ Pracownik Centrali Banku wypełnia Część D

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

- √ oryginał zaświadczenia o nadaniu ubezpieczonemu statusu bezrobotnego, z właściwego urzędu pracy
- √ oryginał zaświadczenia o posiadaniu prawa do otrzymania lub oryginał potwierdzenia otrzymania zasiłku dla bezrobotnych, z właściwego urzędu pracy
- √ kopia wypowiedzenia umowy o pracę wraz z uzasadnieniem
- √ kopia świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy

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

Do użytku wewnętrznego  
Nr. zgłoszenia**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

Jeśli „Tak” to prosimy o podanie nazw zakładów ubezpieczeń:

**B. Dane o zatrudnieniu / wykonywanej pracy**

Moja praca uległa zakończeniu :

- z przyczyn leżących po stronie pracodawcy
- z innych przyczyn

Pełna nazwa ostatniego pracodawcy

Dzień uzyskania informacji o utracie pracy

Jeżeli zatrudnienie u ostatniego pracodawcy trwało krócej niż 12 miesięcy, prosimy o podanie informacji o przebiegu zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy:

Nazwa firmyAdresPoczątek zatrudnieniaUstanie zatrudnienia

## C. Deklaracja

- Niniejszym oświadczam, 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 tytułu niniejszego ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie Zakładowi Ubezpieczeń przez pracodawcę/kontrahenta dokumentacji i informacji dotyczących mojego zatrudnienia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia w zakresie ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem jeżeli informacje te mają wpływ na ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 02.101.926 z późn. zm.) moich danych osobowych gromadzonych przez Santander Consumer Bank S.A. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń oraz podmiotów, którym Zakład Ubezpieczeń powierzył przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu, uaktualniania, sprostowania moich danych osobowych oraz o dobrowolności podania danych.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego  
(Prosimy wypełnić 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