

MODULO DENUNCIA SINISTRO CASO PERDITA di IMPIEGO

Step 1: Verificare i documenti

Per rendere la Sua richiesta la più agevole possibile, il presente modulo La guiderà nella corretta compilazione.

IMPORTANTE: Prima di procedere alla trasmissione della documentazione si prega verificare che, il sinistro denunciato, non rientri tra le ipotesi di esclusione previste in Polizza.

La Polizza assicurativa include termini e condizioni che devono essere soddisfatti in modo che la copertura sia valida.

Step 2: Compilazione del modulo di denuncia

Come compilare il modulo di denuncia

- Assicurarsi che tutte le sezioni del modulo siano integralmente compilate - abbiamo bisogno di tutte queste informazioni per valutare la Sua richiesta nel più breve tempo possibile.
- Assicurarsi di includere tutta la documentazione richiesta
- Assicurarsi di firmare e datare questo modulo di richiesta - senza la firma per il consenso non è possibile valutare il sinistro

Step 3: Raccogliere la documentazione

Per valutare la Sua richiesta occorre che ci trasmetta la seguente documentazione:

- ☐ COPIA fronte retro di un documento di identità della persona assicurata
- ☐ COPIA del Codice Fiscale della persona assicurata
- ☐ COPIA della dichiarazione di adesione alla Polizza Assicurativa
- ☐ COPIA del piano di ammortamento INIZIALE del contratto di finanziamento cui la copertura assicurativa è abbinata (prestito/mutuo/altro)
- ☐ COPIA di documentazione attestante lo STATO OCCUPAZIONALE AGGIORNATO (C2 storico, scheda anagrafica/ professionale o altra dichiarazione sostitutiva) rilasciato dal Centro per l'Impiego
- ☐ COPIA dell'iscrizione al Centro per l'Impiego (ufficio di collocamento) come disoccupato
- ☐ COPIA della lettera di licenziamento rilasciata dal datore di lavoro con la motivazione
- ☐ COPIA della scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego, con l'indicazione della data di inizio e fine degli impieghi svolti o UNILAV
- ☐ In caso di mobilità, COPIA della lettera attestante il periodo di mobilità (rilasciata dal datore di lavoro)
- ☐ In caso di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS), COPIA della lettera, rilasciata dal datore di lavoro, attestante: a) l'effettiva tipologia di "Cassa Integrazione" (Ordinaria o Straordinaria); b) la data di inizio della CIGS e la relativa durata; COPIA del prospetto INPS o COPIA del Foglio Presenze (Libro Unico del Lavoro) attestante l'effettivo periodo di CIGS

** In caso di continuazione dello stato di disoccupazione, occorre inviare COPIA della nostra comunicazione attestante l'ultimo pagamento effettuato e documentazione relativa allo stato occupazionale debitamente aggiornata almeno alla data richiesta nella nostra lettera di pagamento*

** In caso di continuazione della CIGS occorre inoltre inviare una dichiarazione del datore di lavoro attestante la continuazione della CIGS almeno fino alla data richiesta nella nostra lettera di pagamento*

ATTENZIONE

In presenza di particolari esigenze istruttorie e, al fine di integrare le risultanze già acquisite, la compagnia di assicurazione si riserva di richiedere eventuali ulteriori documenti specifici previsti nelle condizioni di polizza e/o ulteriore e diversa documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione del Suo sinistro.

IMPORTANTE: Si prega di raccogliere e trasmettere TUTTI i documenti necessari per la valutazione del Sinistro. Inviando TUTTI i documenti con il modulo di richiesta debitamente compilato, potremo valutare la Sua richiesta nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi.

Step 4: Cosa succede dopo?

Una volta ricevuto il modulo di denuncia debitamente compilato registreremo la richiesta ed assegneremo al Suo Sinistro un numero di riferimento. Questo numero sarà sempre citato nella parte superiore di tutta la corrispondenza che Le verrà trasmessa.

Con la documentazione che ci ha trasmesso valuteremo il Suo Sinistro e Le daremo conferma scritta chiedendo ulteriore documentazione se necessario. Questo processo richiede in genere un massimo di 15 giorni.

Esaurita la fase istruttoria sarà nostra cura inviarLe una lettera per confermarLe la possibilità di procedere con la liquidazione del sinistro denunciato;

• **Se il pagamento può essere effettuato**, Le sarà comunicato l'importo che verrà corrisposto, il tempo necessario perché tale importo venga accreditato e il soggetto nei confronti del quale tale importo verrà corrisposto

• **Se non sarà possibile procedere alla liquidazione della posizione denunciata** Le sarà comunicato il motivo

L'invio di documentazione insufficiente o poco chiara comporterà necessariamente un ritardo nella gestione del Suo Sinistro.

.

Dove deve inviare la Sua richiesta e la Sua documentazione

Dopo aver completato il presente modulo in ogni sua parte, ed aver raccolto tutta la documentazione, può inviarci la Sua richiesta:

via posta presso: GENWORTH (UFFICIO SINISTRI) - VIA SAN GREGORIO N°34 - 20124 MILANO

via fax al numero: 02 67076563

via e-mail all'indirizzo: Italy.Produzione@genworth.com

Per ogni informazione, La preghiamo di contattare il numero telefonico indicato nelle condizioni di polizza.

Le suggeriamo di tenere una copia del modulo di domanda compilato e della documentazione di supporto che ci ha inviato, potrebbe essere utile in futuro.

Tutte le informazioni che Le verranno richieste e la documentazione che Le chiediamo di fornirci ci permetteranno di valutare la Sua richiesta nel più breve tempo possibile.

Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente comporteranno un ritardo nella gestione del Suo Sinistro.

Qualora ci occorressero ulteriori informazioni sarà nostra cura contattarLa e richiederLe opportuni chiarimenti.

E' importante che continui ad effettuare i pagamenti relativi al Suo finanziamento, mentre stiamo valutando la Sua richiesta.

AVVERTENZA 1: ogni sinistro, qualora indennizzabile, verrà liquidato con le modalità indicate nelle condizioni di assicurazione relative allo specifico prodotto assicurativo sottoscritto dall'assicurato e, quindi, alternativamente:

- direttamente all'Assicurato, a mezzo bonifico bancario utilizzando l'IBAN del conto corrente indicato nel presente modulo
- all'Ente Finanziario indicato nelle condizioni di assicurazione dello specifico prodotto assicurativo

AVVERTENZA 2: GENWORTH è la denominazione commerciale di Financial Insurance Company Limited (FICL) e Financial Assurance Company Limited (FACL). A seconda dello specifico prodotto assicurativo sottoscritto, è possibile trovare nelle condizioni di assicurazione il riferimento a GENWORTH e/o FICL e/o FACL sia come società incaricata di gestire i Sinistri per conto di altre Compagnie di Assicurazione, sia come Società che effettivamente presta le garanzie di polizza.

Dati dell'Assicurato

Cognome: _____ Nome: _____
Nato a _____ Prov _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
Domicilio _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____
Tipo documento. (es. C.I.) _____ nr _____ Rilasciata da _____
il ____/____/____ Scadenza il ____/____/____ Codice IBAN: _____
Banca: _____

Dati del contratto di finanziamento

Banca/Finanziaria..... Filiale.....
Via/Piazzan. CAP CittàPR
Referente Tel Fax
E-mail:
N° Contratto Importo finanziato
Durata finanziamento dal/...../..... al/...../.....

Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e di Enti Privati

Data di assunzione ____/____/____ data di cessazione del rapporto ____/____/____
Qualifica e mansioni ricoperte _____
☐ Contratto a Tempo Determinato Data scadenza prevista ____/____/____ (se a Tempo determinato)
☐ Contratto a Tempo Indeterminato
Tipo contratto: ☐ Full Time ☐ Part Time Ore lavorative settimanali ____
Ragione Sociale Azienda _____
Tipo Ente: ☐ Ente Privato ☐ Ente Pubbico
Indirizzo _____ Telefono: _____ Fax: _____
Data in cui l'Azienda ha comunicato al lavoratore il licenziamento o la Mobilità o la CIGS ____/____/____
Se motivo della cessazione **licenziamento o mancato rinnovo**
☐ giusta causa ☐ motivi disciplinari ☐ giustificato motivo oggettivo ☐ giustificato motivo soggettivo
☐ superamento periodo di comportamento ☐ mancato rinnovo contratto a tempo det. ☐ altro (specificare) _____

Se motivo della cessazione **dimissioni**:
☐ dimissioni volontarie ☐ dimissioni per giusta causa (specificare) _____

Dichiarazione dell'avente causa dell'Assicurato (se il modulo non può essere compilato dall'Assicurato)

Cognome: _____ Nome: _____
Nato a _____ Prov _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
Domicilio _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____
Tipo documento. (es. C.I.) _____ nr _____ Rilasciata da _____
il ____/____/____ Scadenza il ____/____/____
in qualità di _____ della persona assicurata, impossibilitata a compilare il presente modulo a causa di _____
_____ dichiaro di aver compilato la presente denuncia di sinistro
Firma _____ Data _____

Dichiarazioni

Consenso Privacy

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati personali comuni ed anche "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs.196/2003, PRESTO IL SUO CONSENSO a GENWORTH per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa privacy consegnata dal Titolare in sede di stipula del contratto di assicurazione.

Firma data //.....

GENWORTH riveste la qualifica di titolare del trattamento dei tuoi dati personali solo quando agisce (tramite le proprie compagnie Financial Insurance Company Limited e Financial Assurance Company Limited) come compagnia di assicurazione diretta prestando le garanzie previste dalle condizioni di assicurazione. GENWORTH riveste invece la qualifica di mera responsabile del trattamento dei tuoi dati personali quando agisce semplicemente come società incaricata della gestione dei sinistri (in tal caso, titolare del trattamento e la compagnia di assicurazione che presta le garanzie previste nelle condizioni di assicurazione)

Mandato all'Incasso (COMPILARE LE SEZIONI SUCCESSIVE **SOLO** SE, NELLA POLIZZA SOTTOSCRITTA, E' PREVISTO IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO DIRETTAMENTE IN FAVORE DELL'ENTE FINANZIARIO CHE HA EROGATO IL PRESTITO)

Noi sottoscritti aventi causa dell'Assicurato nominiamo congiuntamente il Contraente quale mandatario all'incasso per gli Indennizzi a noi spettanti in base alla Polizza. Tale mandato vale a liberare la Società da ogni obbligo verso di noi (è necessario il consenso di tutti gli aventi causa).

Firma 1 Firma 2

Dichiarazione dell'Assicurato o dell'Avente Causa o del Beneficiario se differente dall'Assicurato

Io sottoscritto/a, dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero ed inoltre dichiaro di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e/o il datore di lavoro e di consentire a Genworth le indagini e gli accertamenti al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Firma data //.....