

## Note importanti Assicurazione rate

### Che cosa deve fare per far valere il Suo diritto alle prestazioni?

- 1° passo: **Compili e firmi la parte A** del presente modulo.
- 2° passo: Faccia compilare dal suo medico curante la **parte B**.
- 3° passo: **Aggiunga** i documenti sottoindicati.
- 4° passo: Ci **invii** cortesemente le parti A + B complete e firmate, vi aggiunga i documenti necessari e ci **spedisca** il tutto, altrimenti il suo sinistro non potrà essere preso in esame.

### Quali documenti sono richiesti?

- Parte A** del presente modulo interamente compilata e firmata
- Parte B** del presente modulo interamente compilata e firmata
- copia del **rapporto d'incidente/ del verbale della polizia**, se l'incapacità lavorativa / l'ospedalizzazione è stata provocata da un incidente
- se dovesse incaricare un'altra persona a occuparsi delle Sue faccende con l'assicurazione ci invii **una delega**
- copia del **contratto di lavoro** valido al momento della stipulazione del contratto assicurativo

**Ci permetta di ricordarLe che se dovessero mancare questi documenti, la Sua pratica non potrà essere esaminata nei tempi brevi che ci proponiamo. Rimane indispensabile, dunque, la loro completezza.**

## Nota bene

### **Che cosa succede dopo aver inviato la mia domanda e i documenti richiesti?**

Una volta ricevuti i Suoi documenti, procederemo all'esame della sua pratica e le faremo pervenire una risposta (da 1 a 2 settimane).

### **Su quale conto saranno effettuati i pagamenti, ammesso che ne sia riconosciuto il diritto?**

#### **Assicurazione rate**

Fino a quando non avrà ricevuto la lettera di conferma dall'assicurazione Lei è tenuto a proseguire con il pagamento delle rate mensili alla GE Money Bank, compresi i premi assicurativi. Nella nostra lettera di conferma La informeremo sulle modalità, i tempi e l'ammontare delle prestazioni.

I pagamenti saranno effettuati sul conto di credito presso la GE Money Bank. Facciamo notare che nessun pagamento potrà essere fatto sul conto privato.

### **In quali casi non ho diritto alle prestazioni?**

La preghiamo di leggere attentamente le nostre condizioni generali d'assicurazione (CGA). Vi troverà dettagliatamente i casi di esclusione.

### **Per quanto tempo le prestazioni saranno a carico dell'assicurazione?**

Nel caso in cui la Sua domanda dovesse essere accolta, le prestazioni saranno effettuate secondo gli accordi contrattuali per un totale di 12 mesi, a partire dal 31° giorno di malattia/infortunio. Il pagamento avverrà, di fatto, retroattivamente (premesso che il cliente ci abbia mandato il certificato medico). Inoltre si tenga conto che, in conformità con le condizioni generali d'assicurazione (CGA), il periodo d'attesa va dai 30 ai 90 giorni (dalla firma del contratto).

### **Che cosa succederà quando riceverà la lettera di sollecito dalla GE Money Bank, nel momento in cui è difficile per me pagare le rate di credito?**

In questo caso Le consigliamo di avvisare la Sua banca e di richiedere un eventuale posticipo.

### **Quando scade il diritto alla prestazione, ossia quanto tempo ho per informare l'assicurazione?**

In conformità alla legge del 2 aprile 1908 art. 46 (versione del 27 dicembre 2005), relativa ai contratti d'assicurazione, la Sua domanda di prestazione potrà essere presa in considerazione per un periodo massimo di 2 anni.

### **Cosa succede se con la disoccupazione si avvera il caso di un'inabilità al lavoro?**

Seguendo la cronologia e la natura del caso Le invieremo l'apposito formulario. Se, infatti, si verificano entrambi i casi, l'assicurazione dovrà esaminare i documenti richiesti per ambedue le circostanze. Le chiederemmo, dunque, di contattarci eventualmente.



**Parte A - Seguito**  
**Modulo di sinistro per inabilità al lavoro**  
**Assicurazione rate**  
**Da completare in modo leggibile dall'assicurato/a.**

4a. Quali altri medici L'hanno curata per la diagnosi al punto 1a?

Nome

Via

C.P./Città

Telefono

b. In quale periodo?

dal

al

5a. Chi è il Suo medico di famiglia?

Nome

Via

C.P./Città

Telefono

b. Da quando è in cura?

Data

**5. Da compilare in caso d'infortunio**

1. Quando si è verificato l'infortunio?

2. È stato redatto un verbale dalla polizia?  Sì ➔ **Ci invii una copia del rapporto!**  
 No

3a. Le è stata fatta un'analisi del sangue?  Sì  No

b. Se sì, esito?

4. Descrizione dell'incidente (senza fare riferimento al rapporto della polizia descriva come si è svolto, eventualmente usando un foglio aggiuntivo)

**6. Dichiarazioni conclusive**

**Dichiarazione**  
Sono inabile al lavoro e richiedo di beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione secondo le Condizioni Generali di Assicurazione del mio contratto (CGA). Dichiaro di aver risposto con totale sincerità senza omissione alle domande poste e di non avere dissimulato niente. Sono stato/a informato/a che nel caso in cui trasmetta informazioni false dovrò rimborsare integralmente le prestazioni ricevute e perderò tutti i miei diritti.

**Autorizzazione**  
Autorizzo Genworth Financial (« l'assicuratore ») di procedere al controllo ed alla valutazione delle informazioni fornite per la relazione sulle mie condizioni di salute. Inoltre, autorizzo tutti i medici, gli ospedali, organi, istituzioni, assicuratori ed autorità a trasmettere tutte le informazioni sulle mie condizioni di salute presenti e future, finché l'assicuratore possa determinare il suo obbligo di prestazione.

**GENWORTH FINANCIAL**  
Financial Insurance Company Limited, Chiswick Park, Londra, succursale di Zurigo, operante in Svizzera col nome di Genworth Financial.

Luogo e data **X** \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato/a **X** \_\_\_\_\_

**Parte B**  
**Modulo di sinistro per inabilità al lavoro**  
**Assicurazione rate**  
**Da completare in modo leggibile dal medico.**

**1. Dettagli sulla persona assicurata**

Signor     Signora

Nome

Cognome

Data di nascita

**2. Dettagli sull'inabilità al lavoro**

1. Quale è la diagnosi causante l'inabilità al lavoro?  
**(da specificare)**

2a. Da quando la persona assicurata è affetta dalla suddetta malattia?

b. Da quando sussiste l'eventuale inabilità al **100%**?

3. Quando l'assicurato/a è stato/a informato/a **per la prima volta** della diagnosi?

4. Indicativamente quando potrà riprendere il lavoro?

5a. Da quali **altri medici** la persona assicurata è in cura? Nome   
Via   
C.P./Città

b. Per quale periodo? dal          
al

6. Anamnesi della malattia

7a. Di quale genere d'incidente trattasi?  stradale     tempo libero/privato  
 di lavoro

b. È stata fatta un'analisi del sangue?  sì     no

Se sì, esito:

8a. Esistono radiografie o RMI?  sì     no

b. Quando sono state effettuate?

9a. L'assicurato/a si trova in cura psichiatrica e/o psicologica?  sì     no

