

## Note importanti

# Assicurazione costi fissi

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

- 1° passo: **Compili e firmi** il presente modulo.
- 2° passo: **Aggiunga** i documenti sottoindicati.
- 3° passo: Ci **invii** cortesemente il modulo completo e firmato e vi aggiunga i documenti necessari la documentazione incompleta non potrà essere presa in esame.

### Quali documenti sono richiesti?

- Il presente **modulo interamente compilato e firmato**
- copia dell'**attestato del datore di lavoro** (può richiederla direttamente alla cassa disoccupazione)
- copia del **contratto di lavoro** al tempo della stipulazione del contratto assicurativo
- copia del **contratto di lavoro** del'**ultimo datore di lavoro**
- copia della **lettera di licenziamento**
- copia dei **conteggi** che mensilmente riceve dalla **Cassa Disoccupazione**

**Ci permetta di ricordarLe che se dovessero mancare questi documenti, il suo caso non potrà essere esaminato 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 costi fissi**

In caso di ammissione del suo sinistro alla copertura assicurativa, effettueremo i relativi pagamenti sul conto da lei indicato sulla domanda di prestazione.

Se i premi assicurativi le sono addebitati mensilmente, i pagamenti saranno effettuati sul conto utilizzato per tale addebito.

### **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 (premessi che il cliente ci abbia mandato il certificato della Cassa Disoccupazione). Inoltre si tenga conto che, in conformità con le condizioni generali d'assicurazione (CGA), il periodo d'attesa dura 30 giorni. In caso di disoccupazione vale un periodo di attesa di 60 giorni.

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

In conformità alla legge del 2 aprile 1908 (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 al natura del caso Le invieremo l'apposito formulario. Se, infatti, si verificano entrambi i casi (soltanto per i lavoratori dipendenti), l'assicurazione dovrà esaminare i documenti richiesti per ambedue le situazioni. Le chiederemmo, dunque, di contattarci eventualmente.



**Modulo di sinistro per disoccupazione  
(solo per operai e impiegati)  
Assicurazione a costi fissi  
Da completare in modo leggibile dall'assicurato/a.**

**5. Ulteriori dettagli sull'impiego**

4. Si trattava di un lavoro a tempo determinato?  sì  no
- Se sì, voglia cortesemente specificare:  lavoro stagionale  
 lavoro temporaneo
5. Numero delle ore di lavoro settimanali:   ore a settimana
6. Ha un nuovo impiego?  sì  no
- Se sì, da quando?

**6. Dettagli sul licenziamento**

1. Da chi è stato espresso il licenziamento?  dal datore di lavoro  
 dall'assicurato/a
2. Quando è stato informato del Suo licenziamento? (per iscritto o verbalmente)
3. Il motivo del licenziamento:
4. È stato licenziato durante il periodo di prova?  sì  no

**7. Dichiarazioni conclusive**

**Dichiarazione**

Sono disoccupato 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 nulla. 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 ») a procedere al controllo ed alla valutazione delle informazioni fornite sul mio stato di disoccupazione, sui miei precedenti, attuali e futuri datori di lavoro, e a richiedere alla Cassa Disoccupazione informazioni relative ai miei rapporti di lavoro, i motivi della mia disoccupazione, l'ammontare del sussidio di disoccupazione e di eventuali altri sussidi, l'ammontare delle mie ultime entrate e gli sforzi da me intrapresi nella ricerca di un nuovo impiego.

**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** \_\_\_\_\_

BP