



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA STRATY FINANSOWEJ
Formularz GAP

Po wypełnieniu prosimy o przesłanie Formularza i załączonych dokumentów do Genworth Financial na adres:

Genworth Financial
Dział Likwidacji Szkód
ul. Emilii Plater 53
00-113 Warszawa

WAŻNE – PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI

1. **Roszczenie należy zgłosić dopiero po uzyskaniu odszkodowania z tytułu szkody całkowitej ubezpieczenia AC/OC.**
2. W czasie rozpatrywania roszczenia są Państwo zobowiązani do terminowego regulowania zobowiązań wynikających z umowy kredytowej/umowy leasingu.
3. Wszelkie koszty związane z wypełnieniem niniejszego Formularza, skompletowaniem i dostarczeniem wymaganych dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Prosimy o podanie pełnych i wyczerpujących odpowiedzi oraz o dołączenie do niniejszego Formularza wszelkich wymaganych dokumentów, co pozwoli na szybkie rozpatrzenie Państwa roszczenia.
5. Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego Formularza.

INSTRUKCJA

Poniższa instrukcja pomoże Państwu poprawnie wypełnić niniejszy dokument. Przekazanie niekompletnych informacji może wiązać się z opóźnieniami w procesie rozpatrywania roszczenia.

Niniejszy Formularz jest wypełniany w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu ubezpieczenia straty finansowej (GAP).

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 lub określenia jego wysokości, zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o dostarczenie dodatkowych informacji.**

Prosimy o wypełnienie Części A.

Prosimy o wypełnienie Części B.

Prosimy o wypełnienie Części C.

Prosimy o przeczytanie i podpisanie części D.

Prosimy o załączenie poniższych dokumentów

- Kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu
- Kopię polisy autocasco
- Kopię faktury zakupu pojazdu
- Dokumenty sporządzone przez ubezpieczyciela z umowy AC/OC potwierdzające całkowite zniszczenie lub utratę pojazdu oraz określające wartość pojazdu, wartość pozostałości, wyliczenie szkody całkowitej oraz kwotę wypłaconego odszkodowania AC/OC
- ostateczną decyzję szkodową ubezpieczyciela z umowy AC/OC
- Upoważnienie udzielone ubezpieczycielowi z umowy AC/OC, zwalniające z tajemnicy ubezpieczeniowej na żądanie Zakładu Ubezpieczeń

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy przy wypełnianiu niniejszego Formularza lub w przypadku jakichkolwiek pytań, prosimy o kontakt z Genworth Financial pod numerem: 0 22 526 29 30

Do użytku wewnętrznego
Nr zgłoszenia

A. Dane Kredytobiorcy / Leasingobiorcy

Imię i Nazwisko PESEL

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod poczt., miejscowość

Tel. kontaktowy Email

Nr umowy Kredytu/Leasingu Kwota wpłaty własnej

Numer konta bankowego, na które należy przekazać odszkodowanie xx – 40209290 – xxxx-xxx-xxxx-xxxx (dla Klientów FGA Leasing)

Nazwa banku Nr konta xx – 21400007 – xxxx-xxx-xxxx-xxxx (dla Klientów Fiat Bank)

B. Dane pojazdu

Nr rejestracyjny pojazdu Data rejestracji Rok produkcji

Marka pojazdu Model

Wartość fakturowa pojazdu Kwota udzielonego kredytu na zakup pojazdu (nie dotyczy leasingu)

Pojazd ubezpieczony był w zakresie autocasco Tak Nie

Z tytułu Szkody Kradzieży

Nazwa Ubezpieczyciela, który wystawił polisę autocasco Numer polisy autocasco

	Tak	Nie
Czy pojazd wykorzystywany był jako taksówka / taksówka bagażowa lub inny pojazd służący do odpłatnego przewozu osób / towarów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pojazd wykorzystywany był jako pojazd uprzywilejowany lub pojazd specjalny np. do przewozu inwalidów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pojazd wykorzystywany był w wyścigach, rajdach i treningach sportowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pojazd był pojazdem ciężarowym o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony (nie dotyczy Fiat Ducato o dopuszczalnej masie całkowitej 4,005 tony)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Dane szkody

Data zdarzenia Typ zdarzenia Zniszczenie pojazdu Kradzież pojazdu

Opis zdarzenia

Prosimy podać nazwę, adres oraz telefon do komisariatu policji, który prowadził dochodzenie w sprawie zdarzenia

Prosimy udzielić odpowiedzi na poniższe 4 pytania tylko w przypadku zaistnienia szkody innej niż kradzież pojazdu. Tak Nie

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy zdarzenie było wynikiem samobójstwa lub próby samobójstwa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy podczas zdarzenia kierujący pojazdem był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy kierujący pojazdem posiadał wszelkie wymagane uprawnienia tj. prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym oraz dowód ubezpieczenia OC? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy zdarzenie nastąpiło w związku z uprawianiem sportów motorowych włączając w to uczestnictwo w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Czy szkoda została zgłoszona do ubezpieczyciela, który wystawił polisę autocasco? Tak Nie

Numer sprawy nadany przez ubezpieczyciela autocasco

Kontakt do osoby prowadzącej sprawę (imię, nazwisko, telefon)

Czy szkoda została zakwalifikowana jako szkoda całkowita? Tak Nie

Czy ubezpieczyciel dokonał wypłaty odszkodowania z tytułu szkody całkowitej? Tak Nie

Niniejszym oświadczam, iż udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe.

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie