



**Spett.le**  
**Credemassicurazioni S.p.A.**  
**Ufficio Sinistri**  
Via Sani 3  
42121 Reggio Emilia RE

## Polizza Creacasa Protezione Infortuni: denunciemo un sinistro!

- Numero di adesione \_\_\_\_\_
- Filiale \_\_\_\_\_
- Nome del tuo gestore \_\_\_\_\_

### Dati dell'Assicurato

Cognome e Nome (e dei beneficiari in caso di decesso dell'assicurato)

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_

Domicilio/Residenza: Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono/Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Denuncia

Data di accadimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e breve descrizione a cura del cliente (o a cura dei beneficiari designati in caso di decesso dell'assicurato). In caso d'infortunio specificare luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato.

---

---

---

---

---

---

---

---

e pertanto richiedo l'attivazione della garanzia (Indicare con una **X**):

#### **Invalidità Permanente grave da Infortunio**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale con l'attestazione del grado di Invalidità, nonché copia della cartella clinica
- Eventuale verbale di incidente stradale se presente

#### **Decesso da infortunio**

da allegare a cura dei beneficiari:

- Copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico della persona denunciante il decesso
- Certificato di morte dell'Assicurato
- Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero
- Atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi
- Qualora fra i beneficiari vi siano minorenni, decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Credemassicurazioni S.p.A. circa il reimpiego della quota spettante al minorenne

...segue

### **Dichiarazione dell'Assicurato che libera del riserbo i medici curanti**

Dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero ed, inoltre, dichiaro di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire alla Compagnia Assicuratrice le indagini e gli accertamenti al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**Per rendere più rapida la valutazione del tuo sinistro, ti ricordiamo di spedire tutta la documentazione richiesta.**

**Se preferisci, puoi consegnare tutta la documentazione all'intermediario presso cui hai acquistato la tua copertura.**

**Ti serve una mano per la compilazione? Contatta il numero verde gratuito 800.27.33.36**