



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

Polizza Protezione Reddito: denunciemo un sinistro!

- Numero di polizza _____
- 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 _____ Attività lavorativa al momento del sinistro _____

Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente (o a cura dei beneficiari designati in caso di decesso dell'assicurato): in caso d'infortunio luogo, data di accadimento ____/____/____, ora e cause che lo hanno determinato; in caso di malattia, descrizione e data ____/____/____ di prima diagnosi della patologia riscontrata; comunicazione del licenziamento:

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

Invalità Permanente da infortunio (tutti gli assicurati)

da allegare:

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

Inabilità Temporanea Totale lavorativa da infortunio / malattia (riservato ai lavoratori autonomi)

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Copia delle cartelle cliniche relative ai ricoveri o altra eventuale documentazione medica con certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea
- Certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea
- Documentazione che attesti, in caso di Inabilità Temporanea Totale, che alla data del sinistro l'Assicurato è un lavoratore autonomo (es. Visura Camerale aggiornata ad una data successiva al sinistro, partita iva..)

...segue

Ricovero in Istituto di Cura dovuto a infortunio/malattia (riservato ai non lavoratori/Dipendenti pubblici)

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Copia delle cartelle cliniche relative ai ricoveri o altra eventuale documentazione medica con certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea
- Certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea)
- Documentazione che attesti, in caso di Inabilità Temporanea Totale, che alla data del sinistro l'Assicurato è un lavoratore autonomo (es. Visura Camerale aggiornata, partita iva..)

Perdita del Posto di Lavoro (riservato ai Lavoratori Dipendenti Privati)

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Copia della lettera di assunzione
- Copia della lettera di licenziamento
- Copia del certificato di disponibilità al lavoro rilasciato dalla sezione circoscrizionale per l'impiego o documento equipollente

Decesso da infortunio (tutti gli assicurati)

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
- 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

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