



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

### Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente (o a cura dei beneficiari designati in caso di decesso dell'assicurato): in caso d'infortunio luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato; in caso di malattia, descrizione e data di prima diagnosi della patologia riscontrata; in caso di perdita del posto di lavoro la data di licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

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

**Invalidità Permanente grave da infortunio (tutti gli assicurati) superiore al 65%**

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 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 della cartella clinica relativa ad eventuale ricovero o altra ulteriore documentazione medica specialistica attestante l'Inabilità Temporanea Totale
- I successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale)
- 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 ecc.)

**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 della cartella clinica relativa al ricovero ed altra eventuale documentazione medica
- Documentazione che attesti l'attività lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro (es. per i Non Lavoratori il certificato rilasciato del centro per l'impiego, per i Lavoratori Dipendenti Pubblici copia della busta paga del mese in cui si è verificato il Ricovero)
- Dichiarazione con la quale l'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e/o curato.

**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
- 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

**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**