



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

## Polizza Creacasa Protezione Mutuo: denunciemo un sinistro!

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

### Dati dell'Assicurato

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

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

Sesso \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente, in caso d'infortunio luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato o, 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**):

**Invalidità Permanente da Infortunio superiore al 65%**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Certificato contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa
- Eventuale Certificazione (se già presente) 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

**Invalidità Permanente da Malattia superiore al 65%**

da allegare:

- Copia del documento di identità dell'Assicurato, codice fiscale, domicilio e telefono
- Documentazione medica sulla quale si fonda la diagnosi e l'insorgenza della patologia riscontrata
- Certificazione medica sulla natura dell'infermità
- Copia della cartella clinica in caso di ricovero
- Eventuale Certificazione (se già presente) di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale con l'attestazione del grado di Invalidità

...segue

**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, che alla data del sinistro l'Assicurato è un lavoratore autonomo (es. Visura Camerale aggiornata ad una data successiva al sinistro, partita IVA..)

**Ricovero in Istituto di Cura (riservato ai Non lavoratori/Dipendenti pubblici o Privati)**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Copia della cartella clinica completa
- Documentazione attestante il fatto che l'Aderente/Assicurato è un Lavoratore Dipendente Pubblico o che evidenzi lo stato di Non Lavoratore
- Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione e nei due mesi successivi (solo per Dipendenti pubblici o Privati)

**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) \_\_\_\_\_

**Compilare solo in caso di Perdita del Posto di Lavoro****Perdita del Posto di Lavoro (riservato ai Lavoratori Dipendenti Privati)**

da allegare:

- Copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico della persona denunciante il decesso
- 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
- Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione, nei due mesi successivi ed eventualmente, ove necessario, la busta paga del mese precedente alla data di adesione

...segue

### **Dichiarazione dell'Assicurato che libera del riserbo il datore di lavoro**

Dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero ed inoltre dichiaro di sciogliere da ogni riserbo il datore di lavoro 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**