



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

## Polizza Avvera Protezione Rata: denunciemo un sinistro

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

### Dati dell'Assicurato

|                             |   |           |
|-----------------------------|---|-----------|
| Cognome e Nome              |   |           |
| Data di nascita<br>/ /      | Sesso                                       |           |
| Domicilio/Residenza:<br>Via |   | n         |
| Comune                      | Cap   | Provincia |
| Telefono/Fax                |   |           |
| E-mail                      | Attività lavorativa al momento del sinistro |           |

### Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente dell'infortunio (luogo, giorno 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 per giustificato motivo oggettivo:

---

---

---

---

---

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

**Invalidità Permanente da infortunio o malattia** (garanzia valida per tutti gli assicurati)

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 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..)

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

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 attestante il fatto che l'Aderente/Assicurato è un Lavoratore Dipendente Pubblico o che evidenzia lo stato di Non Lavoratore
- Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione e nei due mesi successivi

### **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 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
- Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione, nei due mesi successivi e deventualmente, ove necessario, la busta paga del mese precedente alla data di adesione

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

**Se preferisci, puoi denunciare il sinistro tramite la tua area riservata disponibile su [www.credemassicurazioni.it](http://www.credemassicurazioni.it) oppure 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**