



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

## Polizza Protezione Infortuni: denunciemo un sinistro

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

- 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, data di accadimento / / , ora e cause che lo hanno determinato:

---

---

---

---

---

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

<input type="checkbox"/> <b>Invalidità Totale Permanente da infortunio pari o superiore al 60%</b> da allegare: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono</li><li><input type="checkbox"/> 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 (se presente)</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Decesso da infortunio</b> da allegare a cura dei beneficiari: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico della persona denunciante il decesso</li><li><input type="checkbox"/> Certificato di morte dell'Assicurato</li><li><input type="checkbox"/> Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero</li><li><input type="checkbox"/> Atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi</li><li><input type="checkbox"/> 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</li></ul>

**Dichiarazione dell'Assicurato che libera del riserbo i medici curanti (solo per Invalidità totale permanente grave da infortunio)**

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) \_\_\_\_\_