



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

Polizza Protezione Mutuo Credemassicurazioni: denunciemo un sinistro

- Numero di adesione _____
- 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 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

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 medicolegale con l'attestazione del grado di Invalidità, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale

Invalidità Permanente da Malattia

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 medicolegale 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, 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 evidenzia lo statodi 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)

Decesso da infortunio

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 Credem assicurazioni 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) _____

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

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 denunciare il sinistro tramite la tua area riservata disponibile su 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