



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

## Polizza Protezione Persona Credemassicurazioni: 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		
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, data di accadimento / / , ora e cause che lo hanno determinato o, in caso di malattia, descrizione e data / / di prima diagnosi della patologia riscontrata:

---

---

---

---

---

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

#### **Invalidità Permanente da Infortunio (superiore al 5% / Grave)**

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 grave da malattia**

da allegare:

- Copia del documento di identità, 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
- (Se già presente) Certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale con l'attestazione del grado di Invalidità

**Gravi patologie**

da allegare:

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

**Diaria per ricovero da infortunio/malattia**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Documentazione medica sulla natura della patologia e prognosi
- Copia della cartella clinica completa

**Forfait da ricovero da infortunio/malattia**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Documentazione medica sulla natura della patologia e prognosi
- Copia della cartella clinica completa

**Indennizzo forfettario a seguito di ricovero**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Documentazione medica sulla natura della patologia e prognosi
- Copia della cartella clinica completa

**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 la Sezione Assistenza**

L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile a mezzo telefono:

**DALL'ITALIA: NUMERO VERDE 800-896991**

**DALL'ESTERO: PREFISSO INTERNAZIONALE SEGUITO DA 011-7425566**

COMUNICANDO:

- Generalità
- Numero di polizza
- Tipo di assistenza richiesta