



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

Protezione Reddito: denunciando 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 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 - allegare sempre copia del documento d'identità e del codice fiscale

Cognome e Nome		Data di nascita / /
Indirizzo completo		Codice fiscale
Indirizzo completo		n
E-mail	Telefono	Attività lavorativa dichiarata in polizza

Estremi della polizza assicurativa

Numero di polizza	Filiale	Nome del tuo gestore
-------------------	---------	----------------------

Denuncia di sinistro

Data e ora di accadimento	Luogo di accadimento
Breve descrizione di cosa è accaduto _____ _____ _____ _____	

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

Decesso da infortunio

documenti da allegare:

- Copia del documento d'identità e codice fiscale 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 Credemassicurazioni circa il reimpiego della quota spettante al minorenne)

Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia*documenti da allegare:*

- 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..)

Invalidità permanente da infortunio (uguale o superiore al 60%)*documenti da allegare:*

- Certificazione di invalidità totale 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

Ricovero in istituto di cura dovuto a infortunio o malattia*documenti da allegare:*

- Copia delle cartelle cliniche relative al ricovero o altra eventuale documentazione medica
- Documentazione attestante il fatto che l'assicurato è un lavoratore dipendente pubblico o che evidenzi lo stato di non lavoratore
- Documentazione che attesti l'attività lavorativa dell'assicurato al momento del sinistro (per i non lavoratori il certificato rilasciato dalla sezione circoscrizionale per l'impiego, per i lavoratori dipendenti pubblici copia della busta paga del mese in cui si è verificato il ricovero)

Perdita del posto di lavoro*documenti da allegare:*

- 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

Dichiarazione dell'assicurato che libera del riserbo i medici curanti (necessaria **per tutte le garanzie** tranne decesso e perdita del posto di lavoro)

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)
-------------------------------	-------------------

Dichiarazione dell'assicurato che libera del riserbo il datore di lavoro (necessaria **solo per la garanzia perdita del posto 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)
-------------------------------	-------------------