



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

Prestito Protetto: denuncia di 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 da cui hai acquistato la tua polizza. Ti serve una mano per la compilazione? Contatta il numero verde gratuito 800.27.33.36

- Numero di adesione _____

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 o dell'infortunio (luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato) o, in caso di malattia, descrizione e data di prima diagnosi della patologia riscontrata oppure comunicazione del licenziamento per giustificato motivo oggettivo:

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

☐ **Invalidità Permanente da infortunio (superiore al 20%) o malattia (superiore al 65%)**

da allegare:

- ☐ Copia del documento di identità, codice fiscale
- ☐ 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
- ☐ Copia della cartella clinica relativa ad eventuale ricovero o altra ulteriore documentazione medica specialistica attestante l'Inabilità Temporanea Totale
- ☐ 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'Aderente/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
- ☐ Copia della cartella clinica relativa al ricovero ed altra eventuale documentazione medica
- ☐ Documentazione che attesti l'attività lavorativa dell'Aderente/Assicurato al momento del sinistro (es. per i Non Lavoratori il certificato rilasciato del centro per l'impiego, per i Lavoratori Dipendenti Pubblici e Privati copia della busta paga del mese in cui si è verificato il ricovero)

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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

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
- ☐ 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)