



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

Polizza Avvera Protezione Rata: denunciando un sinistro

- Numero di adesione _____
- 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	Attività lavorativa al momento del sinistro		

Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente dell'infortunio (luogo, giorno di accadimento / / , ora e cause che lo hanno determinato); in caso di malattia, descrizione e data / / di prima diagnosi della patologia riscontrata; Comunicazione del licenziamento per giustificato motivo oggettivo:

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

☐ **Invalidità Permanente da infortunio o malattia** (garanzia valida per tutti gli assicurati)

da allegare:

- ☐ Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- ☐ 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, 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, 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..)

☐

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, 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 attestante il fatto che l'Aderente/Assicurato è un Lavoratore Dipendente Pubblico o che evidenzia lo stato di Non Lavoratore
- ☐ Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione e nei due mesi successivi

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 di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- ☐ 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 e 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) _____

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