

Spett.le Credemassicurazioni S.p.A. Ufficio Sinistri

Via Sani 3 42121 Reggio Emilia RE

Polizza Protezione Mutuo Credemassicurazioni: denunciamo un sinistro

• Nu	Numero di adesione				
• Fili	ale				
	me del tuo gestore				
Dati	dell'Assicurato				
Cogno	ome e Nome (e dei beneficiari in caso di decesso dell'assicu	rato)			
Data o	Data di nascita		Sesso		
	<i>/</i>			1	
Domid	cilio/Residenza:			n	
Comu	no	Сар	Provincia	11	
Comu	ne	Сар	FIOVITICIA		
Telefo	no/Fax				
E-mai		Attività lavorativa al r	nomento del sinistro		
		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
Denu	ncia				
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 per	tanto richiedo l'attivazione della garanzia (Indicare	con una Aj.			
	Invalidità Permanente da Infortunio				
da alle	egare:				
	Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio	e telefono			
	Certificato contenente la prognosi circa la ripresa – anche		lavorativa		
	Eventuale Certificazione (se già presente) di Invalidità Tota	ale e Permanente eme	ssa dagli enti preposti	o da un medicolegale	
	con l'attestazione del grado di Invalidità, nonché copia de	lla cartella clinica ed e	ventuale verbale di inc	idente stradale	
	Invalidità Permanente da Malattia				
da alle	edate.				
	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 Tota	ale e Permanente eme	ssa dagli enti preposti	o da un medicolegale	
	con l'attestazione del grado di Invalidità, nonché copia de		-		

	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				
	attestantel'Inabilità Totale Temporanea				
	Certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del				
	precedentecostituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea)				
	Documentazione che attesti, che alla data del sinistro l'Assicurato è un lavoratore autonomo (es. Visura Cameraleaggiornata				
	ad una data successiva al sinistro, partita IVA)				
	Ricovero in Istituto di Cura (riservato ai Non lavoratori/Dipendenti pubblici o Privati)				
da alle	gare:				
	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 evidenzi lo statodi				
	Non Lavoratore				
	Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione e nei due mesi successivi (solo				
	perDipendenti pubblici o Privati)				
	Decesso da infortunio				
	gare a cura dei beneficiari:				
	Copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico della				
	personadenunciante 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				
	esoneriCredemassicurazioni S.p.A. circa il reimpiego della quota spettante al minorenne				
	coonerror out and a contraction of particular of the contraction of th				
Dichi	arazione 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 alle	gare:				
	Copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico della				
	personadenunciante 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 documentoequipollente				
	Copia della busta paga relativa alla retribuzione percepita nel mese di adesione, nei due mesi successivi edeventualmente,				
	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