



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

Polizza Infortuni & Malattia: denunciemo un sinistro!

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

Dati dell'Assicurato

Cognome e Nome *(e dei beneficiari in caso di decesso dell'assicurato)*

Data di nascita ____/____/____

Sesso ____

Domicilio/Residenza: Via _____ n _____

Comune _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono/Fax _____

E-mail _____

Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente (o a cura dei beneficiari designati in caso di decesso dell'assicurato): in caso d'infortunio luogo, data di accadimento ____/____/____, ora e cause che lo hanno determinato; 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

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Certificato del medico curante con relativa prognosi
- Eventuale verbale di incidente stradale se presente

Diaria per ricovero da infortuni o 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

...segue



Decesso da infortunio

da allegare a cura dei beneficiari:

- Copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico 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 S.p.A. circa il reimpiego della quota spettante al minorenne
 - Eventuale verbale di incidente stradale se presente
-

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 rendere più rapida la valutazione del tuo sinistro, ti ricordiamo di spedire tutta la documentazione richiesta.

Se preferisci, puoi 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