



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

## Polizza Protezione Persona Light: denunciemo un sinistro!

- Numero di polizza \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_

### Denuncia

Breve descrizione a cura del cliente in caso 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

#### **Invalidità Permanente grave da Infortunio**

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Certificato contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa
- Eventuale Certificazione (se già presente) 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

#### **Pensionati – Forfait da ricovero da infortunio /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



### Indennizzo forfettario a seguito di ricovero

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
- 

### 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 la Sezione Assistenza

L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile a mezzo telefono:

**DALL' ITALIA: NUMERO VERDE 800-896991**

**DALL'ESTERO: PREFISSO INTERNAZIONALE SEGUITO DA 011-7425566**

COMUNICANDO:

- Generalità
  - Numero di polizza
  - Tipo di assistenza richiesta
- 

**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**