



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

Polizza Protezione Persona Credemassicurazioni: 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 da Infortunio (superiore al 5% / Grave)

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

Invalidità Permanente grave da malattia

da allegare:

- Copia del documento di identità, 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
- (Se già presente) Certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale con l'attestazione del grado di Invalidità

...segue

Gravi patologie

da allegare:

- Copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono
- Documentazione medica sulla quale si fonda la diagnosi e l'insorgenza della patologia riscontrata
- Copia della cartella clinica in caso di ricovero
- (Solo se presente) Certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale con l'attestazione del grado di Invalidità

Diaria per 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

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

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) _____

...segue

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