



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

## PAC Protetto by Credemassicurazioni: denunciemo un sinistro

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](http://www.credemassicurazioni.it)

Ti serve una mano per la compilazione? Contatta il numero verde gratuito 800.27.33.36

- Numero del PAC \_\_\_\_\_
- 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:

---

---

---

---

---

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

**Invalidità Totale Permanente da infortunio superiore al 60%**

da allegare:

- Copia del documento di identità
- Il certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni

**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
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale presenza di testamento e, in ogni caso, l'identificazione e le generalità di tutti gli eredi (testamentari e/o legittimi)
- Qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i Beneficiari, decreto del giudice tutelare che autorizzi
- la liquidazione ed esoneri Credemassicurazioni circa il reimpiego della quota spettante al minorenne

**Dichiarazione dell'Assicurato che libera del riserbo i medici curanti (solo per Invalidità totale permanente da infortunio)**

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) \_\_\_\_\_