



Spett. le
Aon S.p.A.
Via Calindri, 6
CAP 20100 Milano

MODULO DENUNCIA DI SINISTRI INFORTUNIO SU POLIZZA INFORTUNI
Polizza n° 505586718

Persona di riferimento: Giuseppe Di Girolamo - Claims Specialist

Da inviare corredata di referto PS a: giuseppe.di.girolamo@aon.it

Telefono + 39 02 45434222

Ufficio Sinistri Employee Benefits

INFORTUNIO ☐ Rischio in itinere ☐ Altro ☐ (segnare il quadratino riferito alla tipologia di infortunio)

A) PERSONA INFORTUNATA	
Cognome e nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Telefono	
Indirizzo mail	
Qualifica professionale	
Sede di lavoro	
B) CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO	
Giorno, ora e località in cui è avvenuto l'infortunio	
Nome e indirizzo di eventuali testimoni	
In caso di assenza di testimoni quali persone hanno visto per prime l'assicurato dopo l'infortunio	
Occupazione cui stava attendendo l'assicurato quando è avvenuto l'infortunio	
Medico che ha in cura l'assicurato	



Descrizione dettagliata e circostanziata del modo in cui è avvenuto l'infortunio, cause che lo hanno prodotto e sue immediate conseguenze	
---	--

Le chiediamo di accedere al seguente link per prendere visione della informativa e rilasciare i consensi privacy:

<https://aon-privacy.my.onetrust.com/hosted-webform/consent/3f996699-ab81-49df-b284-e640e5fe59d5/24d2046c-a59c-4af0-8edc-4b2ddd4ffde9>

Data.....

FIRMA E TIMBRO CONTRAENTE

(Ufficio territoriale SPORT E SALUTE)