

In osservanza al disposto del D.Lgs 196/2003 e del Reg. UE 2016/679 – GDPR e s.m.i. i dati contenuti nel presente modulo verranno utilizzati esclusivamente per poter garantire l'erogazione delle prestazioni a favore degli aventi diritto.



Spett.le
Aon S.p.A.
Via Cristoforo Colombo, 149
00147 ROMA RM

Persona di riferimento in Aon S.p.A.
(Renata Censini)
e-mail : renata.censini@aon.it
Telefono +39 06 77276345 Fax +39 06 77400363
Ufficio Sinistri Employee Benefits

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

Informazioni Generali

Società Contraente	
Compagnia	
Polizza n°	
Data e ora infortunio	

PROFESSIONALE
 EXTRAPROFESSIONALE

Generalità dell'Infortunato

Cognome e nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Professione e qualifica	
Sede di lavoro	
Indirizzo e-mail	
Modalità dell'infortunio	
Nominativo di eventuali testimoni	

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

o certificati medici sul decorso delle lesioni e/o Pronto Soccorso
o certificato medico definitivo e/o perizia medico-legale (a definitiva guarigione)
o copia cartella clinica integrale (in caso di ricovero)
o copia patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente)

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dal D.Lgs 196/2003 e del Reg. UE 2016/679 – GDPR e s.m.i. acconsento al trattamento dei dati qui forniti, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza le comunicazioni dei dati personali all'Aon S.p.A., ed agli altri soggetti titolari del trattamento dei dati personali generali e sensibili, per le finalità e nei limiti indicati dal suddetto Regolamento

Data

Firma del Dipendente.....

La Società Contraente
(firma e timbro)

.....