

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

## DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

Persona di riferimento: Censini Renata Claims Specialist  
Inviato per e-mail all'indirizzo: [renata.censini@aon.it](mailto:renata.censini@aon.it)

Telefono +39 06 77276345 Fax +39 06 77400363  
Ufficio Sinistri Employee Benefits

Alle dipendenze dell'Azienda	
Polizza n.	
Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Indirizzo e-mail	
Recapito telefonico	
Qualifica aziendale	
<b>indicare CCNL di appartenenza</b>	
Sede di lavoro	

PROFESSIONALE  
 EXTRAPROFESSIONALE

Data e luogo dell'evento	
Descrizione dell'infortunio	

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

<ul style="list-style-type: none"><li>o certificato rilasciato dal Pronto Soccorso</li><li>o referti dei primi esami strumentali effettuati</li><li>o copia della patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente)</li></ul>
---

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-e640e5fe59d5/9f0ed5ce-ecf9-484b-ae90-e6cf01bf32d1>

Data..... Firma del Dipendente.....