

Spett. le
Aon S.p.A.
 Corso Marconi n° 10
 10125 Torino

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI POLIZZA PROFESSIONISTI

Persona di riferimento: Pasqua Daniele
 Inviato per e-mail all'indirizzo: daniele.pasqua@aon.it

Telefono + 39 011.5762447
 Ufficio Sinistri Employee Benefits

Alle dipendenze dell'Azienda	
Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Indirizzo e-mail	
Recapito telefonico	
Qualifica aziendale	
Indicare CCNL di appartenenza	
Sede di lavoro	

☐ PROFESSIONALE
☐ EXTRAPROFESSIONALE

Data e luogo dell'evento	
Descrizione dell'infortunio	

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

o certificato rilasciato dal Pronto Soccorso o referti dei primi esami strumentali effettuati o copia della patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente)

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 del Dipendente.....