

In osservanza al disposto della legge 196/2003, i dati contenuti nel presente modulo verranno utilizzati esclusivamente per poter garantire l'erogazione delle prestazioni a favore degli aventi diritto

Spett.  
**AON SPA**  
C.so Marconi, 10  
10125 TORINO TO

Servizio Sinistri

## **DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI**

### **INFORMAZIONI GENERALI**

Società Contraente	
Compagnia Assicuratrice	
Polizza n°	

### **GENERALITA' DELL'INFORTUNATO**

Cognome e nome	
Domicilio	
Categoria	
Sede di Lavoro	
Data e luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo mail	

- ☐ **INFORTUNIO PROFESSIONALE**
- ☐ **INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE**

Data e ora infortunio	
Modalità dell'infortunio	
Nominativo eventuali testimoni	

### **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

O certificato medico di primo intervento o pronto soccorso  
O certificato medico di guarigione clinica o perizia medico-legale  
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 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 Spa, alla Compagnia e agli altri soggetti titolari del trattamento dei dati personali generali e sensibili, per le finalità e nei limiti indicati dalla suddetta legge.

DATA .....

FIRMA DELL'ASSICURATO .....