

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

**DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI**

Persona di riferimento: Pasqua Daniele  
Inviato per e-mail all'indirizzo: danielle.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	

<input type="checkbox"/>	PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/>	EXTRAPROFESSIONALE

Data e luogo dell'evento	
Descrizione dell'infortunio	

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

<input type="checkbox"/> certificato rilasciato dal Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> referti dei primi esami strumentali effettuati <input type="checkbox"/> copia della patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente) <input type="checkbox"/> modulo Informativa sulla Privacy Aon da restituire compilato e sottoscritto per accettazione (vedi pagine seguenti)
--

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.....