

Spett. le  
**Aon S.p.A.**  
Via Ernesto Calindri, 6  
20143 Milano

**CONVENZIONE INFORTUNI CIMO**  
**Convenzione Italiana Medici Ospedalieri**

**DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI**

Persona di riferimento: Daniela Nicotera  
Inviato per e-mail all'indirizzo: [daniela.nicotera@aon.it](mailto:daniela.nicotera@aon.it)

Telefono + 39 02 45434.426  
Ufficio Sinistri Employee Benefits

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Indirizzo e-mail	
Recapito telefonico	
Sede di lavoro	

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 medico .....