

## MODULO DENUNCIA SINISTRO RC COLPA GRAVE

Modulo da compilare e trasmettere a mezzo e-mail al seguente indirizzo:  
**sinistri.fials@aon.it**

Dati anagrafici dell'Assicurato

Cognome e nome	
Codice Fiscale	
Indirizzo completo	
Indirizzo mail	
Recapito telefonico	
Azienda/Ente appartenenza	
Qualifica aziendale	

**Atto ricevuto** (da allegare sempre)

- richiesta danni
- citazione o chiamata in causa per fatto colposo o errore od omissione
- atto della Corte dei Conti
- lettera di messa in mora dell'Ente di appartenenza
- inchiesta giudiziaria

**la semplice richiesta di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia**

Data ricezione atto

Eventuali considerazioni/Comunicazioni