

## 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