

AON S.p.A. – C.so Aurelio Saffi, 31 - 16128 Genova

Si prega di compilare il presente modulo in tutte le sue parti, di scrivere in stampatello, allegando la documentazione richiesta e di inviarlo a: **sinistri@uilfpl.it**

**OGGETTO: Denuncia sinistro su polizza RC PROFESSIONALE
COLPA GRAVE PER DIPENDENTI PUBBLICI (NON SANITARI)**

Pol. Numero _____ **Compagnia :** _____

Dati ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome _____

Indirizzo (Via, Piazza) _____

CAP - Città - PV _____

Tel. / Cellulare _____

Email _____

ATTIVITA' DELL'ASSICURATO

Incarico / Funzione _____

In servizio presso _____

Con la presente Vi comunico di aver ricevuto in data | ____ | ____ | ____ | una richiesta di risarcimento rientrante fra le seguenti circostanze:

- |__| notifica dell'invito a dedurre
- |__| comunicazione con la quale La Struttura Pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta l'intenzione di ritenermi responsabile per colpa grave successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale e/o stragiudiziale

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Luogo di accadimento _____

Data di accadimento _____

Nominativo del danneggiato _____

Ruolo svolto dall'Assicurato _____

Danni lamentati dal reclamante _____

Si allega la seguente documentazione: _____

Data: _____ **Firma:** _____

N.B. Qualora l'Assicurato entrasse in possesso della documentazione nei giorni successivi alla denuncia del sinistro, dovrà provvedere ad inviarla immediatamente.