

**Claims Service**

Claims Division-

C.a. Giacomini Maria Cristina

telefono: 02.45434.467 – 02.45463.467

Da:	A:	Aon S.p.A. – Claims Division
Data:		
Oggetto: Convenzione FABI – Denuncia Sinistro – RC CAPOFAMIGLIA		

ATTENZIONE

La presente copertina fax ed i documenti sotto evidenziati come documenti da allegare, devono essere inviati ad Aon S.p.A. con UNA delle seguenti modalità:

- @mail all'indirizzo: **crisrina.giacomin@aon.it**
- fax al n.: **+39 02.45463467**
- Telefono **+39 02 45434.467**
- raccomandata A/R all'indirizzo: **Aon S.p.A. - Claims Division - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano**

Note / Descrizione del sinistro:

Dati danneggiato:

COGNOME _____ NOME _____
VIA _____ CITTA' _____
C.A.P. _____ RECAPITI TELEFONICI _____

Documenti da allegare

- Copia del suo codice fiscale
- Conferma in merito all'assenza di rapporti di parentela e convivenza con la controparte
- Formale richiesta di risarcimento danni proveniente dalla controparte (indicante i recapiti della medesima)
- Ammontare del danno (preventivi e/o fatture)
- Conferma iscrizione al sindacato FABI su carta intestata
- Conferma contraenza polizze per medesimo rischio

DATA _____

FIRMA _____