



Spett. le
Aon S.p.A.
Via Ernesto Calindri, 6
20143 MILANO MI

**DENUNCIA DI SINISTRO
LTC**

Persona di riferimento: LORENZI GLORIA
Inviato per e-mail all'indirizzo: gloria.lorenzi@[aon.it](mailto:gloria.lorenzi@aon.it)

Telefono + 39 02 45434.086
Ufficio Sinistri Employee Benefits

Alle dipendenze dell'Azienda	Cassa Integrativa di Mutuo Soccorso FNM
Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Indirizzo e-mail assicurato	
Recapito telefonico assicurato	
Qualifica aziendale	
Sede di lavoro	
La data di sopravvenienza dello stato di non autosufficienza	

Alleghiamo la certificazione sottoelencata necessaria:

- o Richiesta di liquidazione redatta su apposito modulo (8.831)
- o Documentazione comprovante lo stato di non autosufficienza dell'assicurato;
- o Relazione clinica rilasciata dal medico curante;
- o Copia di un documento di identità
- o Evidenza di eventuali test valutati, in caso di demenza, lo stato sia constatato da uno psichiatra o neurologo mediante test MMSE

Data.....

Firma del Dipendente