DICHIARAZIONE VALIDA AI FINI DEL PAGAMENTO DEL SINISTRO N. _____ RELATIVO AL

Piano BPER Card

* * *

I SOTTOSCRITTI:

Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ _____il __/__/____, residente in _____,

C.F. _____ (di seguito, "**Assicurato/a**");

Azienda_____, con sede legale in _____, C.F. _____,

P.IVA _____, in qualità del legale rappresentante Dott./Dott.ssa _____ (di seguito, "**Azienda**");

DICHIARANO CHE:

1. l'Azienda ha pagato per conto dell'Assicurato/a, suo/a dipendente, il sinistro **n. _____**, autorizzandolo/a, a tal fine, ad utilizzare la carta di credito aziendale;

2. l'Assicurato/a è tenuto/a a restituire all'Azienda l'importo da quest'ultima corrisposto al sinistro, per un importo totale pari a € _____;

3. pertanto, la spesa sanitaria all'attenzione è da intendersi a carico dell'Assicurato/a;

PER QUESTI MOTIVI:

l'Assicurato, creditore di UniSalute S.p.A., ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1188 del Codice Civile, indica l'Azienda quale soggetto legittimato a ricevere il pagamento del sinistro all'attenzione. Di seguito, le coordinate bancarie relative al conto corrente dell'Azienda su cui eseguire il pagamento.

c/c intestato a: _____ Banca/Posta_____

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indicare nella Causale: SINISTRO N. _____ Piano carte di credito BiBanca

Autorizzo l'Azienda a trattare i dati relativi al sinistro in epigrafe al solo fine di gestire le attività amministrative per il recupero degli importi dovuti dalla Compagnia di assicurazioni UniSalute S.p.A.

__/__/____

Sig./Sig.ra _____

__Regione sociale Azienda__
Dott./Dott.ssa _____

_____

_____