

Denuncia di Mancato Incasso (D.M.I)

ASSICURATO/MANDANTE

Ragione sociale _____

Numero di Polizza _____

CLIENTE/DEBITORE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Città/Stato _____ CAP/ZIP _____

Telefono _____ Fax _____

Codice SACE BT (se conosciuto) _____ C.F./C.R.N. _____

Importo scaduto non pagato _____ Scadenza originaria / / Scadenza prorogata / /

Importo complessivo dovuto (fatture scadute impagate e a scadere) _____

 Forniture in: Massimale Latitudine Verifica Credito

 Esiste contestazione da parte del Debitore (copia comunicazioni e dettagli in allegato)

 Esiste proposta di Recupero Bonario da parte del debitore (documentazione in allegato)

L'Assicurato intende agire per il recupero:

 Direttamente*
 Tramite SACE SRV S.r.l.

Se l'Assicurato intende procedere al recupero tramite SACE SRV S.r.l., (secondo le Condizioni Generali di Polizza e l'Appendice di Recupero Crediti) con la sottoscrizione del presente modulo conferisce a quest'ultima mandato irrevocabile, con rappresentanza e senza obbligo di rendiconto, ad agire, in nome e per conto proprio, anche tramite terzi, per il recupero del Credito vantato nei confronti del Debitore sopra citato per somma capitale, interessi e spese di recupero. Il mandante assume, inoltre, piena responsabilità per le dichiarazioni rese e si obbliga a manlevare SACE SRV S.r.l., o i terzi eventualmente incaricati del recupero, da ogni pretesa di carattere risarcitorio extracontrattuale mossa dal Debitore/Garante.

L'assicurato conferisce mandato a SACE SRV S.r.l. , con facoltà di sub-delega a società controllate e collegate di SACE BT SpA ai sensi dell'art. 2359 c.c. , nonché ad altri terzi ai sensi dell'art. 1717 c.c., di intraprendere tutte le azioni necessarie per il recupero del credito ed incassare gli importi recuperati con effetto liberatorio.

Data _____

Timbro e Firma _____

* In caso di azioni di recupero seguite direttamente, indicare:

Studio Legale incaricato: _____ . Avvocato _____

Sede Studio/indirizzo: _____ Recapito telefonico/e mail: _____

Si ricorda che, ai fini dell'apertura della pratica di sinistro, è necessario allegare al presente modulo la documentazione indicata nelle Condizioni Generali di Polizza e riportata di seguito, unitamente ad ogni rilevante comunicazione intercorsa con il debitore, fatto salvo il diritto di SACE BT di richiedere ulteriori documenti.

Se lo spazio previsto per le risposte è insufficiente, si prega di fornire i dettagli su un foglio separato

Documenti da allegare:

- Estratto conto storico – **prima fornitura** SI NO
- Copia fatture (scadute e a scadere) e note di credito
- Copia ordini e relative conferme
- Copia bolle di consegna sottoscritte dal destinatario
- Copia effetti insoluti/protestati (se presenti)
- Copia contabili bancarie di protesto (se presenti)
- Copia delle Condizioni Generali di Vendita e/o del Contratto Commerciale (se presenti)
- Rapporto informativo giustificativo delle forniture in latitudine
- Indicazione delle provvigioni non erogate

L'Assicurato, in caso di azioni di recupero seguite direttamente, ai fini del pagamento dell'indennizzo, è tenuto a fornire, allo scadere del Termine Costitutivo di Sinistro (TCS), il riconoscimento del credito con la documentazione a riprova degli atti legali compiuti e dei recuperi conseguiti.

Note _____

Data _____

Timbro e firma dell'Assicurato/Mandante

SACE BT S.p.A.

Sede Legale
Piazza Poli, 42 - 00187 Roma
T.+39 06 6976971
Pec: sacebt@pcert.postecert.it

Società soggetta
all'attività di direzione
e coordinamento
di SACE S.p.A. (unico socio)

Capitale Sociale € 56.539.356,00 i.v.
Iscritta al n.1.00149 dell'Albo
delle Imprese di Assicurazione
e Riassicurazione

Registro Imprese di Roma
Codice Fiscale e P. IVA
08040071006
R.E.A. n. RM - 1069493