

ASSICURATO/MANDANTE

Ragione sociale _____

Numero di polizza _____

DEBITORE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Città/Stato _____ CAP/ZIP _____

Telefono _____ Fax _____

Codice SACE BT (se conosciuto) _____

Codice Fiscale o Codice Univoco (C.R.N.) _____

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

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

Forniture in : Fido 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 BT

Se l'Assicurato intende procedere al recupero tramite SACE BT, 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 BT, o i terzi eventualmente incaricati del recupero, da ogni pretesa di carattere risarcitorio extracontrattuale mossa dal Debitore.

Documenti da allegare:

- Estratto conto
- Copia fatture & note di credito
- Copia delle Condizioni Generali di Vendita
- Copia effetti insoluti/protestati
- Copia bolle di consegna
- Copia ordini e relative conferme
- *Rapporto informativo giustificativo delle forniture in latitudine

Si prega di includere ogni rilevante comunicazione con il debitore.

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

Si ricorda che, ai fini dell'istruttoria indennitaria, è necessario produrre la documentazione indicata nelle Condizioni di Polizza, e inoltrare a SACE BT S.p.A. - Piazza Poli 42 - 00187 Roma.

Note _____

Roma, il / /

Timbro e firma dell'Assicurato/mandante