

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, titolare della posizione Fasi numero \_\_\_\_\_, in relazione alla domanda di rimborso delle spese mediche sostenute in conseguenza \_\_\_\_\_, si obbliga a rimborsare e comunque a restituire al medesimo Fondo l'importo corrispondente alla prestazione che sarà erogata in relazione a tale domanda.

Il rimborso al Fasi dovrà comunque essere effettuato entro 30 (trenta) giorni dall'intervenuto versamento, in favore del sottoscritto e da parte del terzo responsabile e/o qualsiasi altro in sua vece e coobbligato, di una qualsiasi somma a titolo di risarcimento del danno per gli eventi cui si riferiscono le spese mediche oggetto della domanda di prestazioni al Fondo. Il rimborso al Fasi sarà dovuto indipendentemente dal fatto che nel testo della ricevuta di pagamento siano o meno ricomprese, in tutto o in parte, dette spese mediche.

Il sottoscritto si obbliga, inoltre, a tenere aggiornato il Fasi sugli sviluppi dell'azione risarcitoria, nonché a comunicare tempestivamente al Fondo tutte le relative informazioni e l'esito dell'azione stessa.

Il sottoscritto, infine, riconosce che, senza il preventivo consenso del Fasi, non potrà opporre a quest'ultimo, ai fini di rendere inoperante l'obbligo di rimborso/restituzione al Fondo, alcuna circostanza, quali in particolare:

- a) avere escluso l'importo delle prestazioni Fasi dalla somma ricevuta, prevedendo l'obbligo della Compagnia di rimborsare direttamente il Fondo;
- b) avere indicato come importo ricevuto per spese mediche o per prestazioni Fasi, una somma inferiore a quella complessivamente sopportata o a quella ricevuta dal Fondo, sulla base di un asserito concorso di colpa;
- c) avere ricevuto un importo complessivo per risarcimento danni, senza specificare le varie causali, indicando una determinata percentuale di responsabilità altrui o di propria corresponsabilità.

Qualora, infine, a seguito di sentenza passata in giudicato dovesse risultare un concorso di responsabilità del sottoscritto, resta inteso che l'obbligo di restituzione al Fondo si intenderà proporzionalmente ridotto.

In fede

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato in  
\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
iscritto al Fasi con il numero di posizione \_\_\_\_\_, dichiara quanto segue:

1) L'incidente è avvenuto il giorno \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_ circa, in  
\_\_\_\_\_, con le seguenti modalità:

2) Proprietario dell'automezzo è il Sig. \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, l'automezzo è targato \_\_\_\_\_  
e la Compagnia di Assicurazioni è \_\_\_\_\_

3) Conducente dell'automezzo era lo stesso proprietario (se altra persona indicare le generalità  
e l'indirizzo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Ho affidato la tutela dei miei interessi all'Avvocato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

P.S.: Nel caso in cui nell'incidente, per possibile responsabilità di terzi, non sia coinvolto un  
automezzo, descrivere i fatti indicando ogni elemento idoneo alla concorrenza del responsabile.