

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, iscritto al Fasi con il numero di posizione \_\_\_\_\_, in relazione alla domanda di rimborso delle spese mediche sostenute in conseguenza \_\_\_\_\_, si impegna a rimborsare al Fasi l'importo corrispondente alla prestazione che sarà erogata in relazione a tale domanda.

Il rimborso dovrà essere effettuato entro 30 (trenta) giorni dal 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 Fasi e ciò indipendentemente dal fatto che nel testo della ricevuta di pagamento siano o meno ricomprese, in tutto o in parte, dette spese mediche.

Il sottoscritto riconosce infine che, senza il preventivo consenso del Fasi, non potrà opporre a quest'ultimo, ai fini di rendere inoperante l'obbligo di rimborso, alcuna circostanza, quali ad esempio:

- 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.

Pertanto, qualora con sentenza passata in giudicato dovesse risultare un concorso di mia responsabilità, resta inteso che l'obbligo di restituzione si intenderà proporzionalmente ridotto.

In fede

\_\_\_\_\_

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