

Modulo di attivazione della tutela per perdite idriche occulte

CODICE CONTRATTO/UTENZA

TIPOLOGIA UTENZA

PUNTO DI PRELIEVO (PDP)

numero

comune

indirizzo fornitura

DATI DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO

cognome e nome /ragione sociale

codice fiscale / partita iva

comune di residenza /sede legale

prov.

cap

indirizzo (via e numero civico) di residenza / sede legale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (AI SENSI DEL DPR 28 DICEMBRE 2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
cognome e nome

residente nel comune di _____ in _____

in qualità di titolare del contratto legale rappresentante altro titolo _____

RICHIESTE l'attivazione delle tutele previste in caso di perdite occulte

DICHIARA

- che la fuga si è verificata in un tratto dell'impianto a valle del contatore non in vista e non rilevabile esternamente in modo diretto e palese.
- FATTURA dalla quale si rileva un consumo anomalo: bolletta n° _____ del ____ / ____ / ____
- DATA in cui si è venuti a conoscenza della perdita: ____ / ____ / ____
- LETTURA CONTATORE al momento dell'accertamento della perdita: metri cubi _____
- DATA DI RIPARAZIONE DEL DANNO ____ / ____ / ____
- CAUSA DEL DANNO _____
- LETTURA DI FINE PERDITA dopo aver eseguito la riparazione: metri cubi _____
- Servizio assicurativo SMAT CARD: ho aderito non ho aderito
- di non aver percepito rimborsi da altri enti assicurativi per le bollette contenenti maggior consumo

ALLEGA

- Documentazione che attesti l'avvenuta riparazione della perdita (ricevuta/fattura degli oneri sostenuti oppure autocertificazione di avvenuta riparazione, se eseguita in economia);
- Documentazione fotografica che attesti la perdita occultata e la successiva riparazione;
- Documentazione fotografica della lettura del contatore dopo aver eseguito la riparazione (lettura di fine perdita);
- Documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto,

data

Firma

(obbligatoria)

Modulo di attivazione della tutela per perdite idriche occulte

RECAPITO COMUNICAZIONI

indirizzo (via e numero civico)	presso (nominativo differente dall'intestatario)	cellulare	
comune	provincia	cap	telefono fisso
email	indirizzo PEC		

MODALITÀ PER EVENTUALI RIMBORSI

- Rimborso con assegno di traenza (VIDAUT Postale)
- Rimborso nella bolletta successiva
- Rimborso con bonifico in conto corrente bancario/postale (intestato al creditore)

cognome e nome del titolare/delegato del conto corrente

	PAESE	CHECK DIGIT	CIG	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
IBAN						

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: "Regolamento"), i Dati Personali (art. 4(1) del Regolamento), saranno trattati da SMAT S.p.A. in qualità di titolare del trattamento ("Titolare") per le finalità strettamente inerenti la gestione della pratica oggetto del presente modulo. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6(1)(b) del Regolamento).

luogo

data

Firma
(obbligatoria)