

## MANDATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

## SEGNALA

all'Associazione CODICI Centro per i Diritti del Cittadino (c.f. 96237770589), con sede legale in Roma, Via Giuseppe Belluzzo n. 1, quale Associazione maggiormente rappresentativa a livello nazionale degli interessi e dei diritti dei consumatori e degli utenti, ed iscritta nel registro di cui all'art. 137, D. Lgs. 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo), di aver riscontrato una serie di problematiche, tra cui, documentazione probatoria eccessiva, ritardi nel rilascio delle autorizzazioni alle prestazioni, difficoltà/impossibilità di accedere ai call center per avere informazioni, mancata erogazione di rimborsi senza apparente motivazione da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e Previmedical – Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. e pertanto

## CHIEDE

di essere ammesso in qualità di socio all'Associazione CODICI Centro per i Diritti del Cittadino, inoltre conferisce alla Associazione CODICI (c.f. 96237770589), con sede legale in Roma, Via Giuseppe Belluzzo, n. 1, in persona del legale rappresentante pro tempore, Segretario Nazionale Ivano Giacomelli, quale Associazione maggiormente rappresentativa a livello nazionale degli interessi e dei diritti dei consumatori e degli utenti, ed iscritta nel registro di cui all'art. 137, D. Lgs. 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo), mandato affinché abbiano ad esercitare, in mio nome e per mio conto, azione nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e Previmedical – Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. al fine di ottenere il giusto risarcimento per il danno arrecato.

Conferisco, altresì, alla predetta Associazione, potere rappresentativo sostanziale con riferimento al rapporto sostanziale dedotto nel presente giudizio. Con la presente dichiaro di conoscere e condividere il suo Statuto e le finalità statutarie dell'Associazione e di aderire espressamente all'Associazione stessa (quota assoluta).

Luogo, Data

Firma

.....

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

con la presente conferisce mandato ad agire all'Associazione CODICI la quale promuoverà azione di classe tesa ad ottenere il risarcimento del danno.

- **Mi impegno a riconoscere in favore dell'Associazione il 10% delle predette somme recuperate al termine del procedimento.**
- **Le eventuali spese legali liquidate sono di esclusiva competenza dell'Associazione.**
- **€ 20 per tesseramento da effettuare tramite bonifico alla banca UNICREDIT**  
**causale:** Nome Cognome + Assicurazioni  
**intestato a:** CODICI Centro per i Diritti del Cittadino  
**IBAN:** IT07X0200805057000105674694

Allega in PDF

- copia versamento in favore dell'Associazione CODICI
- copia documento di identità
- contratto di assicurazione sottoscritto
- comunicazioni con la società (se effettuate)

Luogo, Data

Firma

.....

.....