

# DOMANDA DI CONCILIAZIONE

## SERVIZI E PRODOTTI TIM

Alla Segreteria dell'Ufficio di Conciliazione  
TIM – Associazioni dei Consumatori

Regione .....

### Coordinate del Cliente

Nome e Cognome:.....

Indirizzo: via..... n..... cap..... località..... prov.....

Tel:..... cell:..... fax:..... e-mail.....

### Utenza/e telefonica/che oggetto della controversia e/o estremi del/i contratto/i:

N° ..... Telefonia Fissa  Telefonia Mobile

Contratto/i .....

### Recapiti per le comunicazioni al cliente (da compilare se diversi da quelli già indicati)

Nome e Cognome:.....

Indirizzo: via..... n..... cap..... località..... prov.....

Tel:..... cell:..... fax:..... e-mail.....

Il sottoscritto – indicato nella sezione coordinate del cliente - avendo già presentato reclamo attraverso i canali ordinari di TIM (servizio 187-191-119), non essendo soddisfatto del relativo esito

#### CHIEDE

alla Commissione di Conciliazione Paritetica, costituita presso Codesto Ufficio, di comporre, secondo equità e con riferimento agli impegni contrattuali ed alla normativa di settore, nel rispetto della Delibera 173/07/CONS dell'AGCOM e dei principi sanciti dalle Raccomandazioni 1998/257/CE e 2001/310/CE, la controversia per la problematica di seguito descritta:

#### FONIA

	Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
ATTIVAZIONE SERVIZIO NON CONFORME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CESSAZIONE LINEA PER MOROSITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANCATA/RITARDATA/ERRATA CESSAZIONE LINEA/SERVIZI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANCATA/RITARDATA/ERRATA ESECUZIONE CAMBIO NUMERO	<input type="checkbox"/>	
MANCATA/RITARDATA/ERRATA ESECUZIONE NUOVO IMPIANTO	<input type="checkbox"/>	
MANCATA/RITARDATA/ERRATA ESECUZIONE TRASLOCO	<input type="checkbox"/>	
RITARDATA/MANCATA/ERRATA DECLASSAZIONE/SUBENTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### DATI - ADSL/ALICE

	Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
RITARDATA/MANCATA/ERRATA ATTIVAZIONE SERVIZIO ADSL	<input type="checkbox"/>	
VELOCITA' DI CONNESSIONE	<input type="checkbox"/>	

#### RAPPORTI CON OLO CPS/ULL

	Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
CPS/ULL/MNP ATTIVAZIONE/CESSAZIONE NON RICHIESTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANCATO/RITARDATO/ERRATO RIENTRO/MIGRAZIONE IN TI FONIA/DATI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FATTURAZIONE

CONDIZIONI AGEVOLATE (DELIBERA 314)  
 COSTI DI DISATTIVAZIONE  
 COSTI DI RECESSO  
 DISCONOSCIMENTO TITOLARITA' UTENZA  
 DOCUMENTAZIONE TRAFFICO (MANCATA/RITARDATA FORNITURA)  
 DOMICILIAZIONE BANCARIA/CARTA DI CREDITO  
 ERRATO ADDEBITO PER INTERVENTO TECNICO  
 INGIUNZIONE DI PAGAMENTO TASSA DI CONCESSIONE GOVERNATIVA  
 MANCATO/RITARDATO RINNOVO OFFERTA  
 RITARDATO/MANCATO/ERRATO RIMB./INDENIZ./ANTIC. CONVERSAZIONI

Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TRAFFICO FONIA

TRAFFICO DA MANCATA/ERRATA APPLICAZIONE PRICING  
 TRAFFICO LOCALE, INTERDISTRETTUALE, MOBILE NON RICONOSCIUTO  
 TRAFFICO NON FATTURATO IN PRECEDENZA  
 TRAFFICO VERSO NUMER. NNG (899/892/0878/166)/INTERNAZ. FONIA  
 TRAFFICO VERSO SERVIZI DI INFORMAZIONE CON PREZZO A TEMPO

Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TRAFFICO DATI

OVERBUNDLE DATI  
 TRAFFICO DA SERVIZI VAS - SERVIZI A VALORE AGGIUNTO  
 TRAFFICO VERSO NUMER. NNG (899/892/0878/166)/INTERNAZ. DATI  
 TRAFFICO WAP/ROAMING

Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SERVIZI/PRODOTTI OFFERTE/PROMOZIONI NON RICHIESTI

ATTIVAZIONE PROMOZIONI/OFFERTE/SERVIZI MAI RICHIESTI  
 FURTO O SMARRIMENTO PRODOTTI  
 MANCATA/RITARDATA/ERRATA CONSEGNA PRODOTTO (MODEM, PC, ...)  
 MANCATA/RITARDATA/ERRATA RIPARAZIONE PRODOTTI  
 NOLEGGIO APPARECCHI

Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GUASTI FONIA/DATI

GUASTI RIPETUTI  
 RITARDATA RIPARAZIONE GUASTO/DISSERVIZIO LINEA/DATI

Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ELENCO TELEFONICO

MANCATO/RITARDATO/ERRATO INSERIMENTO/CANCELLAZIONE IN ELENCO

Telefonia Fissa	Telefonia Mobile
<input type="checkbox"/>	

## CIRCOSTANZE DEI FATTI

## ULTERIORI SPIEGAZIONI E RICHIESTE

**DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI** (Se possibile, preghiamo di allegare alla domanda di conciliazione giustificativi in vostro possesso, ad esempio fatture, contratto, ricevute, ecc.)

Elenco dei documenti allegati:

1

2

3

4

Con la presente, il sottoscritto .....

- dichiara di aver ricevuto, unitamente al presente modulo di domanda, copia del Regolamento di Conciliazione e di conoscerne ed accettarne integralmente il contenuto e la modalità di nomina dei Componenti della Commissione di Conciliazione Paritetica;
- accetta che la Commissione di Conciliazione Paritetica sia formata dal rappresentante di TIM e dal rappresentante dell'Associazione dei Consumatori firmatarie
  - A) da lui scelta B) designata dalla Segreteria (barrare l'opzione desiderata);
- A) Associazione.....
- B) L'Associazione verrà designata con criterio turnario all'interno dell'elenco delle Associazioni firmatarie.
- conferisce mandato ad individuare una proposta per la composizione della controversia di cui sopra, al Rappresentante delle Associazioni dei Consumatori componente la Commissione di Conciliazione Paritetica, designato ai sensi di uno dei precedenti punti A) o B), per le funzioni a questi attribuite a norma del Regolamento di Conciliazione medesimo;
- s'impegna a comunicare al proprio Rappresentante dell'Associazione designato l'accettazione o il rifiuto della proposta individuata dalla Commissione di Conciliazione Paritetica entro 10 (dieci) giorni lavorativi dalla comunicazione della proposta e comunque entro i 45gg previsti per l'espletamento della procedura;
- autorizza il conciliatore dell'Associazione designato, anche ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche, ad avere accesso a tutti i documenti tecnico amministrativi attinenti la controversia oggetto del tentativo di Conciliazione, compresa la documentazione del traffico;
- chiede (barrare l'opzione desiderata):
  - C) di non essere sentito dalla Commissione di Conciliazione Paritetica;
  - D) di essere sentito dalla Commissione di Conciliazione Paritetica;
- dichiara di essere consapevole e di accettare che le argomentazioni, le informazioni e le proposte relative alla controversia siano liberamente presentate su base confidenziale e che resteranno tali;
- dichiara di essere consapevole che:
  - TIM sospende le iniziative di autotutela per tutta la durata del procedimento e fino al 15° giorno successivo al deposito, presso la Segreteria dell'Ufficio di conciliazione, del verbale sottoscritto dai conciliatori componenti la Commissione di Conciliazione Paritetica;
  - l'esecuzione della presente domanda di Conciliazione integra il "tentativo obbligatorio di conciliazione" previsto dalla vigente regolamentazione e non pregiudica la possibilità di poter adire il sistema giudiziario;
  - ha facoltà di recedere, in ogni momento ed in qualsiasi fase, dalla procedura di Conciliazione.

Il verbale di conciliazione verrà inviato, a cura della Segreteria dell'Ufficio di Conciliazione, all'indirizzo Indicato.

Nome cliente: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Data e luogo: \_\_\_\_\_

Fax / telefono /e-mail: \_\_\_\_\_

Data, il

**Firma del Cliente**