



FONDIARIA - SAI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Torino
 10126 - Corso Galileo Galilei, 12
 Tel. (+39) 011.6657111
 Fax (+39) 011.6657685
Direzione Firenze
 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1
 Tel. (+39) 055.479411
 Fax (+39) 055.476026
 www.fondiarria-sai.it

Capitale Sociale EUR 1.194.572.973,80 int. vers. - Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Torino, Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 00818570012 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n.966) - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	03	00	1	1
	0300	022005		

STATISTICA							
N. DANNO	COD. LIQ.	TIPO LIQ.	CANALE PAGAMENTO	PASSANTE	TRASPORTATO	COSE	LIQUIDAZ.
2013067500040/01	1668	4	0	500.000,00	0,00	0,00	500.000,00

Il sottoscritto

NONA STRADA 23/Q 35129 PADOVA (PD)
 dichiara di aver concordato con **FONDIARIA-SAI (DIV. FONDIARIA)**
 (EUR Cinquecentomila/00

con residenza in
 nella sua qualità di beneficiario
 la somma di EUR **500.000,00**
), liquidata in dipendenza del

sinistro sopraindicato, avvenuto in data **08/2013**, che riceverà con le modalità di pagamento sottoindicate.
 Inoltre, dà atto che il pagamento della suddetta somma offerta, transattivamente concordata, viene effettuato da **FONDIARIA-SAI (DIV. FONDIARIA)**
 ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del relativo regolamento di attuazione, a tacitazione e saldo dei danni patiti e patienti in conseguenza del sinistro sopra citato, nonché delle spese di qualsiasi genere, ivi comprese quelle di patrocinio legale e di consulenza. Ad avvenuto incasso della predetta somma, la presente varrà come definitiva quietanza liberatoria nei confronti di chiunque obbligato e/o coobbligato al risarcimento, con espressa rinuncia verso i medesimi e la Società erogante ad ogni altra ed ulteriore pretesa risarcitoria. Si impegna altresì a non proporre querela o a rimettere la querela eventualmente proposta, accollandosi le relative spese di remissione, dovendo il presente atto intendersi quale remissione ~~controprocessuale~~.

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del relativo regolamento di attuazione, il sottoscritto, se ha subito danni alla persona, dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale, di ~~avere~~ / non avere diritto (cancellare l'espressione che non interessa) a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

Payment e titolo di provvisionale volontaria fatto solve ogni ulteriore richiesta istruttoria

Il sottoscritto richiede espressamente che il pagamento sia effettuato tramite: Assegno di traenza Bonifico bancario

Numero C/C

in _____ li _____ firma _____

PER AUTENTICA

ASSISTO S.R.L.
 Piazzetta della Galzeria 8, 35122 Padova
 Tel. 049.8074653 / Fax 049.7969559
 info@assisto.pro - P.IVA: 04434220283

Preso atto dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196, fanno che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa, acconsento ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del Decreto al trattamento, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa (appartenenti alla cd. Catena Assicurativa e al Gruppo UNIPOL), ed a un eventuale trasferimento dei dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla gestione e alla liquidazione di sinistri, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.

COGNOME E NOME _____

Data _____

Firma _____

(in stampatello)

AVVERTENZA PER IL SOTTOSCRITTORE apporre la data di sottoscrizione all'atto della firma. **Il presente atto diviene liberatorio al momento dell'effettivo pagamento. RESTITUIRE IL PRESENTE ATTO ALL'UFFICIO MITTENTE**

Ispettorato **STS POLO TORINO**

09/12/2013

Liquidatore

Firma del liquidatore _____

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	03	00	1	1
	0300	022005		

STATISTICA							
N. DANNO	COD. LIQ.	TIPO LIQ.	CANALE PAGAMENTO	PASSANTE	TRASPORTATO	COSE	LIQUIDAZ.
2013067500040/01	1668	4	0	317.500,00	0,00	0,00	317.500,00

Il sottoscritto **P.TTA DELLA GARZERIA 8 35122 PADOVA (PD)** con residenza in **UNIPOLSAI (DIV. LA FONDIARIA)** nella sua qualità di beneficiario dichiara di aver concordato con **UNIPOLSAI (DIV. LA FONDIARIA)** la somma di EUR **317.500,00** (EUR **Trecentodiciasettemilacinquecento/00**), liquidata in dipendenza del sinistro sopraindicato, avvenuto in data **10/08/2013**, che riceverà con le modalità di pagamento sottoindicate.

Inoltre dà atto che il pagamento della suddetta somma offerta, transattivamente concordata, viene effettuato da **UNIPOLSAI (DIV. LA FONDIARIA)** ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del relativo regolamento di attuazione, a tacitazione e saldo dei danni patiti e patienti in conseguenza del sinistro sopra citato, nonché delle spese di qualsiasi genere, ivi comprese quelle di patrocinio legale e di consulenza. Ad avvenuto incasso della predetta somma, la presente varrà come definitiva quietanza liberatoria nei confronti di chiunque obbligato e/o coobbligato al risarcimento, con espressa rinuncia verso i medesimi e la Società erogante ad ogni altra ed ulteriore pretesa risarcitoria. Si impegna altresì a non proporre querela o a rimettere la querela eventualmente proposta, accollandosi le relative spese di remissione, dovendo il presente atto intendersi quale remissione extraprocedurale.

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del relativo regolamento di attuazione, Il sottoscritto, se ha subito danni alla persona, dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale, di **avere / non avere** diritto (*cancelare l'espressione che non interessa*) a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

Quorum corrisposti separatamente nelle misure di euro 65.000 oltre IVA

Il sottoscritto richiede espressamente che il pagamento sia effettuato tramite: Assegno di trattenza Bonifico bancario

Numero C/C

in

18-03-2014

firma ..

ASSISTO S.R.L.

Piazzetta della Garzeria 8, 35122 Padova
Tel. 049.8074653 - Fax 049.7969559
info@assisto.pro - P.IVA: 04434420283

PER AUTENTICA

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, Lei può esprimere il consenso ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del Decreto al trattamento dei Suoi dati personali sia comuni sia sensibili per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, nonché liquidativa dei sinistri, o per il trasferimento dei dati in Paesi Terzi, effettuato da UnipolSai Assicurazioni S.p.A. unitamente alla Compagnia del Gruppo interessata dal sinistro e agli altri soggetti, interni ed esterni al Gruppo, coinvolti in tale attività, come indicato nell'informativa.

Nome e Cognome (o denominazione) leggibili dell'interessato

Luogo e data

18-03-2014

Firma

AVVERTENZA PER IL SOTTOSCRITTORE apporre la data di sottoscrizione all'atto della firma. Il presente atto diviene liberatorio al momento dell'effettivo pagamento. **RESTITUIRE IL PRESENTE ATTO ALL'UFFICIO MITTENTE**

Ispettorato **STS POLO TORINO**

14/03/2014

Liquidatore

Firma del liquidatore