

ATTO DI QUIETANZA

| MOV. | DIV. | PROD. | GAR. | TIPOL. DANNO |
|------|------|--------|------|--------------|
| 57 | 82 | 00 | 1 | 1 |
| MS90 | | 832806 | | |

| STATISTICA | | | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|------------------|------------|-------------|------|------------|
| N. DANNO | COD. LIQ. | TIPO LIQ. | CANALE PAGAMENTO | PASSANTE | TRASPORTATO | COSE | LIQUIDAZ. |
| 2015218500112/01 | 4320 | 4 | 0 | 150.000,00 | 0,00 | 0,00 | 150.000,00 |

Il sottoscritto **C/O ASSISTO SRL** con residenza in **PZTA. DELLA GARZERIA 8 35122 PADOVA (PD)** nella sua qualità di beneficiario dichiara di aver concordato con **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)** la somma di EUR **150.000,00** (EUR **Centocinquantamila/00**), liquidata in dipendenza del sinistro sopraindicato, avvenuto in data **02/2015**, 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. PREVIDENTE-NMA)** 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 (*cancellare l'espressione che non interessa*) a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

Liquidazione extraprocedurale

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

Numero C/C 000042640004 ABI 07601 Nome POSTE ITALIANE SPA CAB 03384 Località POSTE LIBRETTI

in _____ il **17-08-2015** firma _____

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, e 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 **17-08-2015** 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 **U.L. 1 AUTO OVER TORINO** Liquidatore _____
12/08/2015 Firma del liquidatore **C. Gallo** 12 - 10128 TORINO (TO)

ATTO DI QUIETANZA

| MOV. | DIV. | PROD. | GAR. | TIPOL. DANNO |
|------|------|--------|------|--------------|
| 57 | 82 | 00 | 1 | 1 |
| | M360 | 832008 | | |

| STATISTICA | | | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|------------------|------------|-------------|------|------------|
| N. DANNO | COD. LIQ. | TIPO LIQ. | CANALE PAGAMENTO | PASSANTE | TRASPORTATO | COSE | LIQUIDAZ. |
| 2015218500112/01 | 4320 | 4 | 0 | 145.000,00 | 0,00 | 0,00 | 145.000,00 |

Il sottoscritto **C/O ASSISTO SRL** con residenza in **PZTA. DELLA GARZERIA 8 35122 PADOVA (PD)** nella sua qualità di beneficiario dichiara di aver concordato con **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)** la somma di EUR **145.000,00** (EUR **Centoquarantacinquemila/00**), liquidata in dipendenza del sinistro sopraindicato, avvenuto in data **12/02/2015**, che risolverà con le modalità di pagamento sottoindicate.

Inoltre dà atto che il pagamento della suddetta somma offerta, transattivamente concordata, viene effettuato da **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)** 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 extraprocessuale.

Al 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.

UnipolSai Assicurazioni

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

Numero C/C _____ ABI _____ Nome BANCA / _____ CAB _____ Località _____
in data 12/08/2015 firma _____

Sulle 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, e 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) legibili dell'interessato _____
Luogo e data 12/08/2015 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 **U.L. 1 AUTO OVER TORINO**

12/08/2015

Liquidatore **UnipolSai Assicurazioni**
Firma del liquidatore _____
C.so Galileo Galilei, 12 - 10126 TORINO

ATTO DI QUIETANZA

| | | | | |
|------|------|--------|------|--------------|
| MOV. | DIV. | PROD. | GAR. | TIPOL. DANNO |
| 57 | 82 | 00 | 1 | 1 |
| | MS90 | 032008 | | |

| STATISTICA | | | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|------------------|------------|-------------|------|------------|
| N. DANNO | COD. LIQ. | TIPO LIQ. | CANALE PAGAMENTO | PASSANTE | TRASPORTATO | COSE | LIQUIDAZ. |
| 2015218500112/01 | 4320 | 4 | 0 | 145.000,00 | 0,00 | 0,00 | 145.000,00 |

Il sottoscritto **C/O ASSISTO SRL** con residenza in **PZTA. DELLA GARZERIA 8 35122 PADOVA (PD)** dichiara di aver concordato con **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)** la somma di EUR **145.000,00** nella sua qualità di beneficiario (EUR **Centoquarantacinquemila/00**), liquidata in dipendenza del sinistro sopraindicato, avvenuto in data **10/2/2015**, 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. PREVIDENTE-NMA)** 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 patendi 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 extraprocessuale.

Al 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.

Liquidazione concorsuale

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

Numero C/C _____ ABI _____ CAB _____ Località _____
in _____ il 17-08-2015 firma _____

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, e 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: 17-08-2015 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 **U.L. 1 AUTO OVER TORINO**

Liquidatore

UnipolSai Assic.

Firma del liquidatore

C.so Galileo Galilei, 12 - 40138 BOLOGNA (BO)

12/08/2015

