

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 (~~cancelare 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) leggibile 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 - 40128 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 sopra indicato, avvenuto in data **12/02/2015**, che riserverà 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)** 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 **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**

12/08/2015

Liquidatore

Firma del liquidatore _____

UnipolSai Assic. _____

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

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	M300	032066		

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

PZTA. DELLA GARZERIA 8 35122 PADOVA (PD)

dichiara di aver concordato con **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)**

(EUR **Centoquarantacinquemila/00**)

la somma di EUR **145.000,00** con residenza in
nella sua qualità di beneficiario
, 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 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 verrà 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 coassicuale

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

Numero C/C

ABI

Nome BANCA

AB

Località

in

il **14-08-2015**

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) leggibile dell'interessato

Luogo e data

14-08-2015

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 - 40126

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	M300	032000		

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 **02/2015**, che riserverà con la 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. 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 concorsuale

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

Numero C/C _____ ABI _____ Nome BANCA _____ 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) legittimi 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**

12/08/2015

Liquidatore

Firma del liquidatore

UnipolSai Assicurazioni

C.so Galvani 12 - Padova

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	M308	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)** 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 **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 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 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.

Liquidazione con casuale

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

Numero C/C _____ ABI _____ Nome _____ CAB _____ Località _____
in _____ il **17-8-15** 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) leggibile dall'interessato _____
Luogo e data **17-8-15** 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.so Galileo Galilei, 12 - 10128 TORINO

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	M360	832068		

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 **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 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 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 concorsuale

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

Numero C/C _____ ABI _____ Nome _____ CAB _____ Località _____
in _____ il 12-8-15 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 dall'interessato _____
Luogo e data 12-8-15 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 EMITTENTE**

Ispettorato **U.L. 1 AUTO OVER TORINO** Liquidatore _____
12/08/2015 Firma del liquidatore _____
C.so Dante Bernini, 12 - 10126 - ...

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	M300	032006		

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

PZTA. DELLA GARZERIA 8 35122 PADOVA (PD)
dichiara di aver concordato con **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)**
(EUR **Centoquarantacinquemila/00**)

con residenza in
nella sua qualità di beneficiario
la somma di EUR **145.000,00**
, 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 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 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 concorsuale

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

Numero C/C _____ ABI _____ Nome _____ 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**

12/08/2015

Liquidatore

Firma del liquidatore

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

C.so Galileo Galilei, 12 - Torino

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	M300	032006		

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 **10/02/2015**, 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 (*cancelare l'espressione che non interessa*) a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

UnipolSai con corso

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

Numero C/C: _____ ABI _____ Nome _____ CAS _____ Località _____
in _____ il **17-08-2015** firma _____

Sulla base dell'informazione ricevuta, di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, Lei può esprimere il consenso ai sensi degli artt. 23, 28 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**

11/08/2015

Liquidatore

Firma del liquidatore **UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**

Torino

C.so Galileo Galilei, 12 - 10126 TORINO (10)

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	82	00	1	1
	MS00	632000		

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 **02/2015**, che riceverà con le modalità di pagamento sottoindicate. Il sottoscritto prende altresì atto che **UNIPOLSAI (DIV. PREVIDENTE-NMA)** provvederà a liquidare direttamente a **ASSISTO SRL** alla consegna della documentazione fiscale, l'importo di EUR **94.575,00** (EUR **Novantaquattromilacinquecentosettantacinque/00**), oltre IVA ed eventuale c.p.a., a titolo di spese di assistenza.

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.

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 concorsuale. Oneri Unipol separati.

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

Numero C/C: ABI Nome CAB Località
in il 17/08/2015 firma

Sottoscrive il legale per autentica della firma e per espressa rinuncia alla solidarietà di cui all'art. n.13 della Legge 247/2012.

in il firma

Sulla base dell'informazione ricevuta, di cui all'art. 15 del D. Lgs. 30/06/2003, Lei può esprimere il consenso ai sensi degli artt. 20, 26 e 43 del Decreto al trattamento dei Suoi dati personali alle comuni attività assicurative, nonché liquidative 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'informazione.

Nome e Cognome (o denominazione) leggibile 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**

Isportatore **U.L. 1 AUTO OVER TORINO**

Liquidatore **UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**

11/08/2015

Firma del liquidatore