

ATTO DI LIQUIDAZIONE E TRANSAZIONE DANNI RC

N° Sinistro: **120134429000069**

Agenzia di Polizza **442** -- **CASTELLAMMARE DI STABIA**

Il sottoscritto _____

Indirizzo _____

_____ c/o Avv. **ASSISTO SRL** - VIA NONA STRADA, 23/Q
PADOVA dichiara di accettare dalla Compagnia GROUPAMA Assicurazione S.p.A., la quale liquida per
conto di _____, l'importo di Euro **€ 180.000,00 (Euro_centoottantamila/00)**, a
definizione totale, anche in via di transazione, di ogni e qualsiasi danno, presente e futuro, subito da
_____ in conseguenza del sinistro verificatosi in data: **/11/2012** e relativo alla
polizza n. _____

DATI DOMICILIAZIONE: **ASSISTO SRL** - VIA NONA STRADA, 23/Q - 35100 PADOVA PD

Con la firma del presente atto Il sottoscritto dichiara di non aver più nulla a pretendere da
chicchessia per tutti i titoli di danno, compresa rivalutazione monetaria, interessi, accessori e spese,
anche legali, con espressa rinuncia ad ogni azione giudiziaria in qualsiasi sede.

La presente liquidazione assumerà efficacia liberatoria solo dopo l'avvenuto pagamento dell'importo
sopraindicato.

Richiede espressamente che il pagamento sia effettuato tramite bonifico bancario a favore
di _____ presso la Banca _____ ABI _____

CAB _____ IBAN _____ c/c _____

**IL PAGAMENTO E' SUBORDINATO ALL'AUTORIZZAZIONE DEL SIG. GIUDICE
TUTELARE ANCHE PER IL REIMPIEGO DELLE SOMME TRATTAN^{TE}ASI BI
LIQUIDAZIONE A FAVORE DELLA MINORE**

Atto sottoscritto in **NAPOLI** il **06/04/2013**

Firma _____

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 142 D.Lgs. 209/2005 dichiara di non avere diritto ad alcuna
prestazione da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie anche ai sensi
dell'art. 14 della L. 222/84.

Firma _____

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali: Preso atto dell'informativa ricevuta,
esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma _____

Per rinuncia ad avvalersi del diritto di cui all'art. 68 L.P. e per l'accertamento dell'identità personale
ed autenticità delle firme suindicate.

Avvocato _____



0D07ZC34E3GP07LAQ31DM21B



Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 Fax +39 06 80210.831 - info@groupama.it - www.groupama.it
Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 0065741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel
Registro delle Imprese di Roma 0041140585 - Imprese appartenente al gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi
Assicurativi al n. 046 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione Italiane al n. 1.00023
- Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

ATTO DI LIQUIDAZIONE E TRANSAZIONE DANNI RC

N° Sinistro: **120134429000069** Agenzia di Polizza **442** -- **CASTELLAMMARE DI STABIA**

Il sottoscritto _____ indirizzo V _____
c/o Avv. **ASSISTO SRL** - VIA NONA STRADA, 23/Q
PADOVA dichiara di accettare dalla Compagnia GROUPAMA Assicurazione S.p.A., la quale liquida per conto di _____, l'importo di Euro **€ 180.000,00 (Euro_centoottantamila/00)**, a definizione totale, anche in via di transazione, di ogni e qualsiasi danno, presente e futuro, subito da _____ in conseguenza del sinistro verificatosi in data **/11/2012** e relativo alla polizza n. _____

DATI DOMICILIAZIONE: ASSISTO SRL - VIA NONA STRADA, 23/Q - 35100 PADOVA PD

Con la firma del presente atto Il sottoscritto dichiara di non aver più nulla a pretendere da chicchessia per tutti i titoli di danno, compresa rivalutazione monetaria, interessi, accessori e spese, anche legali, con espressa rinuncia ad ogni azione giudiziaria in qualsiasi sede.

La presente liquidazione assumerà efficacia liberatoria solo dopo l'avvenuto pagamento dell'importo sopraindicato.

Richiede espressamente che il pagamento sia effettuato tramite bonifico bancario a favore di _____ presso la Banca _____ ABI _____ CAB _____ IBAN _____ num c/c _____

IL PAGAMENTO È SUBORDINATO ALL'AUTORIZZAZIONE DEL SIG. GIUDICE TUTELARE ANCHE PER IL REIMPIEGO DELLE SOMME TRATTANDOSI DI LIQUIDAZIONE A FAVORE DEL MINORE

Atto sottoscritto in **NAPOLI** il **04/07/2013**

Firma _____

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 142 D.Lgs. 209/2005 dichiara di non avere diritto ad alcuna prestazione da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie anche ai sensi dell'art. 14 della L. 222/84.

Firma _____

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali: Preso atto dell'informativa ricevuta, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma _____

Per rinuncia ad avvalersi del diritto di cui all'art. 68 L.P. e per l'accertamento dell'identità personale ed autenticità delle firme suindicate.

Avvocato _____



ATTO DI LIQUIDAZIONE E TRANSAZIONE DANNI RC

N° Sinistro: **120134429000069**

Agenzia di Polizza **442** -- **CASTELLAMMARE DI STABIA**

Il sottoscritto _____

- indirizzo _____

_____ c/o Avv. **ASSISTO SRL** - VIA NONA STRADA, 23/Q
PADOVA dichiara di accettare dalla Compagnia GROUPAMA Assicurazione S.p.A., la quale liquida per conto di _____, l'importo di Euro **€ 100.000,00 (Euro_centomila/00)**, a definizione totale, anche in via di transazione, di ogni e qualsiasi danno, presente e futuro, subito da _____ in conseguenza del sinistro verificatosi in data **/11/2012** e relativo alla polizza n _____

DATI DOMICILIAZIONE: ASSISTO SRL - VIA NONA STRADA, 23/Q - 35100 PADOVA PD

Con la firma del presente atto Il sottoscritto dichiara di non aver più nulla a pretendere da chicchessia per tutti i titoli di danno, compresa rivalutazione monetaria, interessi, accessori e spese, anche legali, con espressa rinuncia ad ogni azione giudiziaria in qualsiasi sede.

La presente liquidazione assumerà efficacia liberatoria solo dopo l'avvenuto pagamento dell'importo sopraindicato.

Richiede espressamente che il pagamento sia effettuato tramite bonifico bancario a favore

di _____ presso la Banca _____ ABI _____

CAB _____ IBAN _____ num c/c _____

Atto sottoscritto in NAPOLI il 04/02/2013

Firma _____

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 142 D.Lgs. 209/2005 dichiara di non avere diritto ad alcuna prestazione da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie anche ai sensi dell'art. 14 della L. 222/84.

Firma _____

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali: Preso atto dell'informativa ricevuta, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma _____

Per rinuncia ad avvalersi del diritto di cui all'art. 68 L.P. e per l'accertamento dell'identità personale ed autenticità delle firme suindicate.

Avvocato _____



0D07ZC34E3GP07LAQB0FNE37



Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 Fax +39 06 80210.831 - info@groupama.it - www.groupama.it
Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 0085741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. 048 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1,00023
- Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75005 Poggi 8-10 Rue d'Astorg

ATTO DI LIQUIDAZIONE E TRANSAZIONE DANNI RC

N° Sinistro: **120134429000069**

Agenzia di Polizza **442** -- **CASTELLAMMARE DI STABIA**

Il sottoscritto _____

_____ c/o Avv. **ASSISTO SRL** - VIA NONA STRADA, 23/Q
PADOVA dichiara di accettare dalla Compagnia GROUPAMA Assicurazione S.p.A., la quale liquida per
conto di _____ l'importo di Euro **€ 50.000,00** (Euro **cinquantamila/00**), a
definizione totale, anche in via di transazione, di ogni e qualsiasi danno, presente e futuro, subito da
_____ in conseguenza del sinistro verificatosi in data **/11/2012** e relativo alla
polizza n. _____

DATI DOMICILIAZIONE: **ASSISTO SRL** - VIA NONA STRADA, 23/Q - 35100 PADOVA PD

Con la firma del presente atto Il sottoscritto dichiara di non aver più nulla a pretendere da
chicchessia per tutti i titoli di danno, compresa rivalutazione monetaria, interessi, accessori e spese,
anche legali, con espressa rinuncia ad ogni azione giudiziaria in qualsiasi sede.

La presente liquidazione assumerà efficacia liberatoria solo dopo l'avvenuto pagamento dell'importo
sopraindicato.

Richiede espressamente che il pagamento sia effettuato tramite bonifico bancario a favore
di _____ presso la Banca _____

CAE _____ IBAN _____ num c/c _____

Atto sottoscritto in NAPOLI il 04/07/2013

Firma _____

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 142 D.Lgs. 209/2005 dichiara di non avere diritto ad alcuna
prestazione da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie anche ai sensi
dell'art. 14 della L. 222/84.

Firma _____

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali: Preso atto dell'informativa ricevuta,
esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma _____

Per rinuncia ad avvalersi del diritto di cui all'art. 68 L.P. e per l'accertamento dell'identità personale
ed autenticità delle firme suindicate.

Avvocato _____



0D07ZC34E3GP09QR6Z1ADA12