MILANO ASSICURAZIONI
Unipol
MILANO ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione
20161 Milano - Via Fieramilo, 1/A
Tel. (+39) 02.64.021 - Fax (+39) 02.6421.2021
www.yourmail.it

Capitale sociale EUR 309.874.490,00 i.v. - Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00748850158 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 22.4.1994 n. 6000 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UnipolSai Gruppo Assicurativo S.p.A., iscritto all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00010 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo gruppi assicurativi al n. 046.

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	22	01	1	2
	SAPO	611966		

STATISTICA

N. DANNO	COD. LIQ.	TIPO LIQ.	CANALE PAGAMENTO	PASSANTE	TRASPORTATO	COSE	LIQUIDAZ.
2013000851099/03	FL50	4	0	4.000,00	0,00	0,00	4.000,00

Il sottoscritto [redacted] C/O FIORE AVV ANTONELLO con residenza in V. SAVOIA 54/E 07100 SASSARI (SS)
dichiara di aver concordato con **MILANO ASSICURAZIONI** nella sua qualità di beneficiario la somma di EUR **4.000,00**
(EUR **Quattromila/00**), liquidata in dipendenza del sinistro sopraindicato, avvenuto in data **15/06/2013**, che riceverà con le modalità di pagamento sottoindicate.
Inoltre dà atto che il pagamento della suddetta somma offerta, transattivamente concordata, viene effettuato da **MILANO ASSICURAZIONI** 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 e 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 ~~essere~~ / **non avere** diritto *(cancellare l'espressione che non interessa)* a prestazioni da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.
Trattasi di acconto valevole. Il cui importo verrà detratto dal risarcimento totale.

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

Numero C/C **ABI** **Nome** **CAB** **Località**

in SASSARI il 14 NOV. 2013 firma [redacted]

IBAN - [redacted]

Firma atto dell'alternativa ricevuta, ai sni artt. 13 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196, fermo che il consenso è subordinato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa, adempiendo ai sensi degli artt. 196, 24 e 49 del Decreto di trattamento, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa (ai sensi anche del Codice Assicurativo e al Gruppo UNIPOL) ed a un eventuale trattamento dei dati sensibili (i "dati LR" o Dossi extra LR) (ivi dati personali ma comuni ma sensibili che vi riguardano, funzionali alla gestione e alla liquidazione di sinistri, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relativi obblighi legali)
COGNOME E NOME [redacted] (in stampatello)
Data 14-11-2013 Firma [redacted]

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 **C.S.L. CAGLIARI E SASSARI** Liquidatore
14/11/2013 Firma del liquidatore .....

EOX090