



FONDIARIA - SAI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Torino
 10126 - Corso Galileo Galilei, 12
 Tel. (+39) 011.8857111
 Fax (+39) 011.8857985
Direzione Firenze
 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1
 Tel. (+39) 055.47841
 Fax (+39) 055.478029
 www.fondiaria-sai.it

Capitale Sociale EUR 187.043.712,00 i.v. - 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.888) - Iscritta alle Sez. I dell'Albo Imprese presso l'IBVAP al numero 1.00008 Società capogruppo del gruppo assicurativo Fondiaria-SAI, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030
GRUPPO FONDIARIASAI

ATTO DI QUIETANZA

MOV.	DIV.	PROD.	GAR.	TIPOL. DANNO
57	03	00	1	2
	0300	022005		

STATISTICA							
N. DANNO	COD. LIQ.	TIPO LIQ.	CANALE PAGAMENTO	PASSANTE	TRASPORTATO	COSE	LIQUIDAZ.
2007064300114/01	T857	3	0	65.500,00	0,00	0,00	65.500,00

Il sottoscritto **FABIO C/O AVV. SPOSATO GIANLUCA** con residenza in **VIA G. NICOTERA 24 00105 ROMA (RM)** dichiara di aver concordato con **FONDIARIA - SAI S.P.A.** nella sua qualità di beneficiario la somma di EUR **65.500,00** (EUR **Sessantacinquemilacinquecento/00**), liquidate in dipendenza del sinistro sopraindicato, avvenuto in data **23/02/2007**, che rievolverà con le modalità di pagamento sottoindicate. Il sottoscritto prende altresì atto che **FONDIARIA - SAI S.P.A.** provvederà a liquidare direttamente a **SPOSATO** alla consegna della documentazione fiscale, l'importo di EUR **8.000,00** (EUR **Ottomila/00**), oltre IVA ed eventuale c.p.a., a titolo di spese di assistenze. Inoltre da atto che il pagamento della suddetta somma offerta, transattivamente concordata, viene effettuato da **FONDIARIA - SAI S.P.A.** ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del relativo regolamento di attuazione, a tacitazione e saldo del danno 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. 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 (cancelare l'espressione che non interessa) a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

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

Numero C/C	ABI	Nome	CAB	Località
in <u>ROMA</u>		li <u>8/10/2010</u>		firma <u>[Firma]</u>
Sottoscrive il legale per autentica della firma e per espressa rinuncia alla solidarietà di cui all'art. 68 L.P.F.				
in <u>ROMA</u>		li <u>8/10/2010</u>		firma <u>Gianluca Sposato</u>

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'Informativa (mod. 1.8966.9), ai sensi degli artt. 23,26 n. 43 del D.Lgs. 30/6/2003 n.196,

acconsento

al trattamento dei dati personali, sia comuni, sia sensibili, che mi riguardano, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice; alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicato al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi lo finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatorie per legge;

al trasferimento degli stessi all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE)

acconsento (*)

al trattamento dei dati, sia comuni che sensibili, che mi riguardano per finalità di informazione o promozione commerciale di prodotti assicurativi;

alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati al punto 5, lett. b), della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;

al trasferimento degli stessi all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per la finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE);

(*) ove l'interessato NON intende dare il proprio consenso al trattamento, comunicazione e trasferimento all'estero dei suoi dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento".

Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

in li 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

Ispektorato **CLS ROMA E LAZIO NORD**
 24/09/2010

Liquidatore **CICERONI FULVIO**
 Firma del liquidatore