





Prato, 3 ottobre 2016


VIA G. NICOTERA, 24
Tel 3217639 - Fax 3217717

CLD: CLD PRATO
Sinistro N.: 09.901858774.001 avvenuto il: 04/02/2016
Agenzia: GENIALLOYD S.P.A. DI ASSICURAZIONI
CERCASSICURAZIONI.IT GC
Polizza N.: 029333162 ramo: R.C.T. AUTO
Tipo Sinistro: R.C. AUTO OBBLIGATORIA
Assicurato:  MARCO
Controparte:  MARCO
Liquidatore:  ILARIA

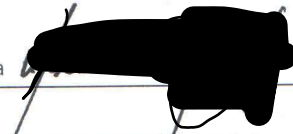
Oggetto: Atto di Quietanza

Io/Noi sottoscritto/a/i  MARCO, dichiaro/i amo di ricevere da GENIALLOYD S.P.A. DI ASSICURAZIONI - la quale paga anche in nome e per conto di  MARCO, la somma di Euro 19.100,00 (diciannovemilacento/00) in via transattiva e definitiva per ogni ragione e pretesa di danno vantata a qualunque titolo, diretto e indiretto, patrimoniale e non patrimoniale, presente e futuro in relazione all'incidente stradale avvenuto in data 04/02/2016 in località ROMA.

Rilascio/i amo la presente ampia e liberativa quietanza di saldo, dichiarando di non avere più nulla a pretendere per qualsiasi titolo o ragione nè da GENIALLOYD S.P.A. DI ASSICURAZIONI nè dal suo assicurato  MARCO, nè da eventuali altri coobbligati, contestualmente rinunciando ad ogni azione verso chiunque ed in qualsiasi sede.

Gli effetti liberatori del presente atto, ove il pagamento non sia eseguito contestualmente alla sottoscrizione, si verificheranno con il materiale versamento dell'importo sopra indicato.

Prendo/i amo atto che la somma non comprende competenze, onorari di patrocinio, IVA e CPA, spettanti a AVV. GIANLUCA SPOSATO e quantificati in 3.500,00 tremilacinquecento/00 Euro, che verranno pagati direttamente dalla Compagnia con una quietanza separata

Data 4/10/2016 Firma  Cod. Fiscale 

N.B. Apporre la data all'atto della sottoscrizione della presente quietanza.

Gli effetti liberatori del presente atto, ove il pagamento non sia eseguito contestualmente alla sottoscrizione, si verificheranno con il materiale versamento dell'importo sopra indicato

Io/Noi sottoscritto/a/i dichiaro/i amo - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 142 del D. lgs. 7/9/05 n. 209 e 14 L. 222/84 - di non avere diritto a prestazioni da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali e/o previdenziali obbligatorie.

Prendo/i amo atto che, in caso di mancata sottoscrizione della clausola sopra indicata, la Compagnia corrisponderà il minor importo di Euro 19.100,00 (diciannovemilacento/00) non soggetto all'azione di surroga dei predetti istituti.

Data 4/10/2016 Firma 