


ARCA ASSICURAZIONI

S.p.A.

SINISTRO N.	DEL	NUMERO PARTITA	STATISTICHE LIQUIDAZIONE		
2014/5/ [REDACTED]	21/10/ [REDACTED]	01	Stato	P	
ASSICURATO		DANNEGGIATO	partita	T	
[REDACTED]		[REDACTED]	C	C	

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Il sottoscritto sig. [REDACTED] domiciliato c/o [REDACTED] con studio in [REDACTED] via [REDACTED] dichiara di ricevere da Arca Assicurazioni, in relazione al sinistro in oggetto, la somma di € 170.000,00= (centosettantamila).

che la predetta Società paga in dipendenza della polizza di assicurazione n. 001587 [REDACTED].
A seguito del pagamento di detta somma, corrisposta ed accettata anche a titolo di transazione di ogni diritto presente e futuro, i sottoscritti rilasciano ampia e liberatoria quietanza di saldo dichiarando di non aver più nulla a pretendere né da Arca Assicurazioni, né dall'Assicurato, né da qualsiasi eventuale altro obbligato, per qualsiasi titolo di danno o di spese, anche legali, derivanti dall'evento di cui sopra.
I sottoscritti rinunciano quindi espressamente a proporre o proseguire ogni azione sia in sede penale che civile, nei confronti di chicchessia.

Data 01/03/17

Firma [REDACTED]

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali sensibili

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n° 196/2003, acconsente:

- al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano;
- alla comunicazione a terzi dei dati sensibili che lo riguardano per finalità attinenti alla gestione e liquidazione dei sinistri.

Si dichiara altresì consapevole che il rifiuto al conferimento di tali dati comporterà per la Società l'impossibilità di gestire e liquidare il sinistro, essendo tali dati necessari per la gestione e liquidazione dello stesso.

Firma [REDACTED]

Pagamento tramite bonifico

Il sottoscritto autorizza la Società solvente ad effettuare il pagamento tramite bonifico bancario intestato a [REDACTED] presso la Banca [REDACTED] alle seguenti coordinate:

IBAN: [REDACTED] ABI [REDACTED] cod. CAB [REDACTED]

Data [REDACTED]

Firma [REDACTED]

Patrocinio legale

Il sottoscritto [REDACTED] nel controfirmare il presente atto attesta l'autenticità della firma del/i percipiente/i, e rinuncia ad avvalersi dell'art. 68 legge professionale forense e succ. modifiche. Accetta altresì la somma concordata per gli onorari, la quale verrà pagata su presentazione di fattura, o di nota pro forma contenente i medesimi dati fiscali, comprovante la prestazione professionale ed il relativo compenso ed intestata al/i suoi cliente/i; accetta inoltre che sulla stessa venga operata, come per legge, la ritenuta d'acconto.

Firma [REDACTED]

NB: il presente atto acquisterà valore di quietanza liberatoria al ricevimento delle somme in esso indicate.

ARCA ASSICURAZIONI S.p.A.

Ufficio Sinistri

Arca Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: Via del Fante, 21 - 37122 Verona (Italia) - arcaassicurazioni@pec.unipol.it
tel. 045 8192111 - fax 045 8192630

Capitale sociale Euro 50.762.146,72 i.v. - P.IVA - C.F. - Iscrizione Registro delle Imprese di Verona n. 02655770234

autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. ISVAP 11/09/96 N. 330. G.U. 18/09/96

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00123 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.arcassicura.it

