

ATTO DI QUIETANZA A TOTALE DEFINIZIONE

SINISTRO N. ACAP-18-1307	DATA SINISTRO 31/07/2018	CONTRATTO N. 10515334T	EFFETTO-DEL CONTRATTO 2017
RAMO RCT	INTERMEDIARIO ITALIAN UNDERWRITING SRL	CONTRAENTE Comune di Cascia	DANNEGGIATO Anna Fiordelmondo

La Sottoscritta Anna Fiordelmondo, cod. fisc. FRD MACH L66B948D..... residente in CASCIA (PC), Via DEL PRIORI N. 10..... in qualità di danneggiato, con riferimento al sinistro sopra indicato, rispetto al quale il Sottoscritto ha avanzato richiesta di risarcimento nei confronti del Comune di Cascia 2017, assicurato in forza della sopra citata polizza a copertura della responsabilità civile, dichiara di ricevere, dagli Assicuratori dei Lloyd's interessati, che pagano per conto del summenzionato assicurato, in virtù dell'art. 1917 c.c., la somma di Euro 380,00 (trecentottanta/00) in via di transazione e comunque a tacitazione definitiva di ogni proprio diritto presente e futuro, rilasciando la presente ampia, finale, liberatoria quietanza di pieno saldo, e dichiarando, anche in via di rinuncia, di non avere null'altro a pretendere dall'assicurato sopra citato in relazione al menzionato sinistro nonché, per quanto possa occorrere, nei confronti degli Assicuratori dei Lloyd's a fronte della polizza sopra menzionata.

Il danneggiato dichiara, assumendosene la responsabilità, di non avere percepito o preteso da terzi, importi a tale titolo e che, in merito all'evento, non esistono altre assicurazioni, nemmeno private.

Il presente atto assume forma e sostanza di quietanza finale e liberatoria con rinuncia ad ogni azione contro gli Assicuratori dei Lloyd's, i loro rappresentanti e/o altri obbligati e/o loro dipendenti, al momento del materiale pagamento della somma suindicata.

Letto, approvato e sottoscritto.

In CASCIA il 11-02-19..... Fiordelmondo.....
Il Danneggiato

- 1) Il Sottoscritto dichiara espressamente di cedere agli Assicuratori dei Lloyd's ai sensi degli artt. 1201 e 1916 c.c. il proprio credito, derivante dal sinistro di cui trattasi, nei confronti del civile responsabile dello stesso e della sua compagnia assicuratrice, fino a concorrenza dell'ammontare di cui sopra.
- 2) Il sottoscritto riconosce che, qualora egli stesso risulti essere soggetto nei cui confronti la normativa nazionale e/o internazionale vieta di eseguire pagamenti, l'efficacia della presente quietanza rimarrà sospesa fintanto che tale divieto non venga rimosso. Qualora, nonostante il divieto, sia stato eseguito il pagamento previsto dalla presente quietanza, il sottoscritto sarà tenuto a restituire quanto percepito.

Si approvano e sottoscrivono espressamente, ex art. 1341 Co. 2c.c., le clausole sopra scritte ai nn. 1) e 2).

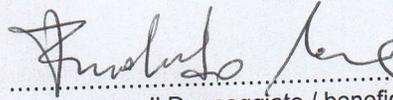
In CASCIA il 11-02-19..... Fiordelmondo.....
Il Danneggiato

Il Sottoscritto dichiara infine di accettare la liquidazione del sinistro, che dovrà avvenire entro 60 giorni dalla sottoscrizione della presente, tramite bonifico sulle seguenti coordinate bancarie:

INTESTAZIONE C/C FIORDELMONDO ANNA.....

IBAN ..IT 80 U 030 6938 3300 0000 0080 547

BIC/SWIFT...BC ITITMM.....



Il Danneggiato / beneficiario

Si allega codice fiscale e documento d'identità del firmatario.

Cognome **FIORDELMONDO**
 Nome **ANNA**
 nato il **26-07-1964**
 (atto n. **43** P.1 S.A. 1964)
 a **CASCIA**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **CASCIA (PG)**
 Via **DEI PRIORI 10 i.1**
 Stato civile _____
 Professione _____
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **160**
 Capelli **Biondi**
 Occhi **Verdi**
 Segni particolari **N.N.**



Firma del titolare *Anna Fiordelmondo*
CASCIA li **12-07-2016**
 Imprimatur del Sindaco
 indica sinistro
MARCELLINO MINGALLO
 SINDACO
 COMUNE DI CASCIA (PG)

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome **FIORDELMONDO**
 4 Nome **ANNA**
 5 Data di nascita **26/07/1964**
 6 Numero identificazione personale **FRDNNA64L66B948D**
 7 Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**
 8 Numero di identificazione della tessera **80380001005002164132**
 9 Scadenza **20/03/2021**

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **FRDNNA64L66B948D** Sesso **F**
 Cognome **FIORDELMONDO**
 Nome **ANNA**
 Luogo di nascita **CASCIA**
 Provincia **PG**
 Data di scadenza **20/03/2021**
 Data di nascita **26/07/1964**

Dati sanitari regionali
 Regione Umbria

Scadenza **26-07-2026**
 Diritti **10,58**



AX 9517527

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI **CASCIA**
CARTA D'IDENTITA'
 N° **AX 9517527**
 DI **FIORDELMONDO ANNA**

IPZS SPA - O.C.V. - ROMA