

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Numero Polizza	Numero Sinistro	Data sinistro	Struttura Sanitaria	Nome paziente/Danneggiato
	2201201800335		ASL	(eredi)

I sottoscritti

, C.F. _____, nat a _____ in data _____, residente in _____
via _____;

, C.F. _____, nat a _____ in data _____, in _____
via _____;

in qualità di eredi ed aventi diritto del sig. _____, nata a _____ in data _____
e decedut in _____ in data _____, rappresentat, difes e domiciliat presso lo studio
dell'Avv. Gabriele Chiarini, sito in Urbino, Via della Rocchetta, 2

DICHIARANO

di accettare irrevocabilmente il pagamento dell'importo complessivo di € _____ (Euro
/00), di cui € 240.000,00 (Euro duecentoquarantamila/00) a titolo di capitale
ed € _____ (Euro _____ /00), accessori inclusi, a titolo di spese legali per l'attività espletata
dall'Avv. Gabriele Chiarini, in via di bonaria definizione, transazione, tacitazione e soddisfazione definitiva
di tutti i danni, pregiudizi e pretese, anche iure proprio e iure hereditatis, patrimoniali e non, presenti e futuri,
noti, ignoti, anche imprevisi ed imprevedibili, interessi legali e rivalutazione monetaria, spese sostenute o da
sostenere, incluse le spese mediche, spese di consulenza di parte, in relazione all'evento descritto sopra, somma
che verrà suddivisa come di seguito indicato:

- € 125.000,00 (Euro centoventicinquemila/00) in favore del sig. _____, in qualità di
del *de cuius*;

- € 115.000,00 (Euro centoquindicimila/00) in favore del sig. _____

- € _____ (Euro _____ /00), accessori inclusi, a titolo di spese legali per l'attività espletata
dall'Avv. Gabriele Chiarini, nella cui somma s'intende ricompreso l'importo di € 8.906,00 a titolo di spese
anticipate per CTP e CTU;

In virtù del contratto assicurativo n. _____ in essere con _____,
e delle franchigie dallo stesso previste, l'importo di € _____ (Euro _____ /00),
sarà erogato con bonifici differenti come segue:

...omissis...

