

Numero Polizza	Numero Sinistro	Data sinistro	Struttura Sanitaria	Nome paziente/Danneggiato
XXXXXXXX/XX	XXXXXXXXXXXXXX	XX/XX/20XX	ASL XXXXXXX	Eredi di ...omissis...

La Sottoscritta ...omissis..., CF, nat ...omissis... a ...omissis... (), il
 e residente a ...omissis... ()

Il Sottoscritto ...omissis..., CF, nat ...omissis... a ...omissis... (), il
 e residente a ...omissis... ()

Il Sottoscritto ...omissis..., CF, nat ...omissis... a ...omissis... (), il
 e residente a ...omissis... ()

Rappresentati e difesi dall'avv. Chiarini Gabriele, CF....., con Studio in
 Via Della Rocchetta n. 2 di 61029 Urbino (PU)

DICHIARANO

di accettare irrevocabilmente il pagamento dell'importo onnicomprensivo di sorte capitale, rimborso spese mediche, CTP e CTU per **Euro #517.110,00# (Euro #cinquecentodiciassettemilacentodieci/00#) comprensivo altresì di onorari e spese legali pari ad Euro #...omissis...,00# (Euro #...omissis.../00#) comprensivi di oneri e accessori di legge, relative a tutte le attività di assistenza e difesa espletate** – in sede stragiudiziale e giudiziale – comprese quelle espletate nell'ambito dei procedimenti civili e penali, 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 imprevisti ed imprevedibili, interessi legali e rivalutazione monetaria, spese sostenute o da sostenere, incluse le spese mediche, spese di consulenza tecnica di parte, di consulenza tecnica di ufficio e spese di giudizio, in relazione all'evento descritto sopra.

In virtù del contratto assicurativo in essere tra ASL ...omissis... e ...omissis... Ass.ni, che prevede una S.I.R. di Euro #...omissis...,00# (Euro #...omissis.../00#) a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, l'importo complessivo di Euro #517.110,00# (Euro #cinquecentodiciassettemilacentodieci/00#), comprensivo di onorari legali, sarà erogato da *Relyens* con la seguente ripartizione:

- #...omissis...,00# euro (#...omissis.../00#) a favore della sig.ra ...omissis...;
- #...omissis...,00# euro (#...omissis.../00#) a favore del sig. ...omissis...;
- #...omissis...,00# euro (#...omissis.../00#) a favore del sig. ...omissis...;

I Sottoscritti dichiarano inoltre che, ricevuto il pagamento della suddetta somma concordata, questo atto acquisterà valore anche di quietanza ampiamente liberatoria e non avrà più nulla a pretendere, a qualsiasi titolo e/o ragione da chiunque, ed in particolare dai seguenti soggetti, senza pregiudizio per i loro diritti e senza loro ammissione di responsabilità: ASL ...omissis..., i suoi amministratori, dirigenti, dipendenti, collaboratori, assistenti e consulenti della stessa, da ...omissis... Ass.ni, assuntori del rischio di cui alla polizza XXXXX/XX ed eventuali Coassicuratori, inclusi i loro rappresentanti ed incaricati, e con garanzia di manleva per pretese provenienti da terzi, noti e non noti.

...omissis...

I Sottoscritti percipienti dichiarano espressamente di cedere, ai sensi dell'art 1201 c.c. il proprio credito nei confronti del civile responsabile dei danni e delle spese di cui sopra, fino a concorrenza della suddetta somma concordata.

I Sottoscritti abbandonano e/o rinunciano a qua Isiasi iniziativa ed azione giudiziale e non, presente e futura, di qualsiasi tipo ed in qualsiasi sede, inclusa quella civile, penale e amministrativa; in particolare dichiarano di abbandonare il procedimento di ricorso ex 702bis R.G.n. ...omissis.../2022

I Sottoscritti dichiarano di non aver ricevuto e di non aver diritto a ricevere da alcun altro soggetto, inclusi Istituti che gestiscono Assicurazioni Sociali obbligatorie ed Enti previdenziali pubblici, un risarcimento, indennizzo o qualsiasi forma di ristoro economico e si impegnano a non richiederlo o accettarlo.

I Sottoscritti dichiarano di essere gli unici legittimati a pretendere alcunché a titolo ereditario in relazione al sinistro sopra emarginato ; in particolare la somma di cui sopra è comprensiva di eventuali danni a nuore, generi e nipoti del de cuius.

I Sottoscritti percipienti dichiarano di accettare il pagamento delle somme liquidate tramite bonifico bancario da effettuarsi sul conto corrente di seguito intestato:

...omissis...

Data ilomissis... FIRMA

Data ilomissis... FIRMA

Datailomissis... FIRMA

Il sottoscritto Avvocato Chiarini Gabriele dichiara: (1) che le firme che precedono sono quelle dei legittimi percipienti della somma concordata; (2) di rinunciare alla solidarietà di cui dall'art. 13 comma 8 L. 247/12.

Data ilomissis... FIRMA Avv. Chiarini Gabriele

Si prega di allegare:

- Documenti di identità in corso di validità;
- Codici Fiscali in corso di validità;
- Tessera dell'Ordine degli Avvocati;
- Stampa delle coordinate bancarie complete;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

...omissis...