SINISTRO	DATA SINISTRO	ASSICURATO	DANNEGGIATI
2023_RC_00	11.10.2022	Dott.ssa B M	C F A F P F

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

I sottoscritti Sig.ri C), A) e P , in qualità di eredi della Sig.ra G C , nata in data e deceduta in data 11.10.2022, dichiarano di accettare la somma di €470.000,00 (quattrocentosettantamila/00 euro) omnicomprensiva di sorte capitale e spese legali, in via transattiva e comunque a tacitazione integrale e definitiva di ogni qualsivoglia istanza risarcitoria presente e futura per ogni danno, a qualsiasi titolo, diretto e indiretto, presente e futuro, conosciuto e non, a persone e cose, spese sostenute e da sostenere in conseguenza del sinistro sopra rubricato e specificatamente delle prestazioni sanitarie rese dalla Dott.ssa B M in conseguenza dei fatti occorsi alla Sig.ra in data 11.10.2022.

Il pagamento dell'importo di €470.000,00 (quattrocentosettantamila/00 euro) sarà così ripartito:

- **Assicurazioni S.p.A.** pagherà alla sig.ra **C**
  - la somma di **€156.667,00** (centocinquantaseimilaseicentosessantasette/00 euro)
- **Assicurazioni S.p.A.** pagherà alla sig.ra **A**
  - la somma di **€156.667,00** (centocinquantaseimilaseicentosessantasette/00 euro)
- **Assicurazioni S.p.A.** pagherà al sig. **P**
  - la somma di **€156.667,00** (centocinquantaseimilaseicentosessantasette/00 euro)

Pertanto, i sottoscritti Sig.ri C i, A e P , riconoscono che il pagamento delle suddette somme, transattivamente concordate, viene effettuata dalla Compagnia Assicuratrice **Assicurazioni S.p.a.** quale assicuratrice per la responsabilità civile professionale della dott.ssa B M e dichiarano di non avere più nulla a pretendere, a qualsiasi titolo, ragione e/o causa da **Assicurazioni S.p.a.** da eventuali altri Assicuratori e/o Coassicuratori interessati, dalla dott.ssa B M nè da altri eventuali soggetti e/o enti obbligati e/o coobbligati, responsabili e/o corresponsabili a qualunque titolo in conseguenza del sinistro in epigrafe specificato. I sottoscritti rilasciano pertanto con la presente ampia e definitiva quietanza di liberazione e saldo rinunciando a qualsiasi azione civile, penale e amministrativa presente e futura riferita al sinistro sopra rubricato impegnandosi a svolgere quelle attività formali che si rendessero necessarie al riguardo.

I sottoscritti Sig.ri i, A i e P , dichiarano di essere gli unici legittimata a pretendere alcunché in relazione al sopra emarginato sinistro, nonché a ricevere il pagamento della somma concordata a titolo di sorte capitale e spese legali; dichiarano altresì che non vi sono soggetti terzi che hanno subito danni riflessi in conseguenza del sinistro sopra rubricato impegnandosi a tenere

indenni / Assicurazioni S.p.a., la Dott.ssa B M , qualunque altro Assicuratore e/o Coassicuratore interessato, qualunque altro eventuale soggetto e/o ente obbligato e/o coobbligato, responsabile e/o corresponsabile a qualunque titolo da qualunque futura richiesta proveniente da terzi a qualunque titolo promossa in dipendenza del sinistro sopra rubricato (anche, in particolare, in via di rivalsa da parte di alcun assicuratore sociale o ente previdenziale, quali a titolo meramente esemplificativo, l'INAIL o INPS o eventuale amministratore di sostegno e/o tutore).

La presente transazione viene effettuata a titolo liberale e senza riconoscimento alcuno di responsabilità in capo all'assicurata Dott.ssa B M .

Le parti tutte del presente accordo ed i loro legali si impegnano ed obbligano a mantenere la massima riservatezza sull'esistenza e la sottoscrizione del presente accordo, ovvero si impegnano a non divulgare a terzi neppure il contenuto ed i presupposti dell'accordo medesimo, né qualsivoglia informazione ad esso afferente, pena il risarcimento del danno che ne dovesse derivare e/o la manleva a carico del responsabile per tutti gli esborsi ulteriori che la Dott.ssa B M la Compagnia Assicurazioni S.p.a. e alcuno degli amministratori, dirigenti, dipendenti, collaboratori, assistenti e consulenti della stessa fossero chiamati a corrispondere a terzi in relazione al sinistro in oggetto e per i medesimi fatti, come conseguenza dell'inadempimento al presente obbligo di riservatezza. Sarà invece consentito alla Compagnia Assicurazioni S.p.a. esibire in qualsiasi sede il presente accordo laddove terzi dovessero formulare richieste risarcitorie/indennitarie in relazione al sinistro in oggetto e per i medesimi fatti

I sottoscritti Sig.ri Chiara Fumagalli, Alessia Fumagalli e Paolo Fumagalli cedono alla Compagnia solvente ogni diritto di rivalsa e regresso, nessuno escluso, nei confronti di eventuali responsabili, corresponsabili e comunque obbligati o coobligati in dipendenza del sinistro sopra rubricato.

Il pagamento della somma concordata avverrà entro il 60° giorno dal momento in cui Ass.ni S.p.a. – Divisione Sinistri di Milano riceverà la quietanza completamente compilata e corredata di tutta la documentazione richiesta.

Gli effetti liberatori della presente quietanza decorreranno dal ricevimento della suddetta somma concordata.

FIRME

Sig.ra C Fu F

Sig.ra A F F N

Sig. P F

Assicurazioni
I Company

MILANO 23/02/2024
Luogo e data

P. Fi

Il presente accordo viene altresì sottoscritto dal difensore dei sig.ri Chiara Fumagalli, Alessia Fumagalli e Paolo Fumagalli, che ne ha accertato e certificato la conformità alle norme imperative e all'ordine pubblico per gli effetti di cui all'art. 12 del D.Lgs. 28/2010 ed espressamente rinuncia alla solidarietà della Legge Professionale Forense.

MILANO 23/02/2024
Luogo e data

Firma Avv. Angelo Forestieri

Adempimenti necessari per la liquidazione:

- **Compilare la copia del modulo di quietanza e inviarla, in originale, con tutte le informazioni richieste.**
- **Allegare la seguente documentazione:**

- Copia della quietanza debitamente sottoscritta in originale in ogni sua parte dai danneggiati/beneficiari e dal legale avversario se intervenuto;
- Indicazione degli estremi del conto corrente (codice IBAN) dei danneggiati su cui bonificare la somma;
- Copia del codice Fiscale e di documento di identità o equipollente in corso di validità dei danneggiati/beneficiari;
- Copia del codice Fiscale e di documento di identità o equipollente in corso di validità del legale.