

# RELAZIONE DI VISITA MEDICO LEGALE

SINISTRO RCA/RCT/RCO

Pagina 11 di 12

Fra le lesioni accertate ed il corretto uso dei presidi obbligatori di protezione: Si

Fra lesioni accertate e menomazioni quali quelle previste dal comma 3-ter art. 32 legge 27/2012:

## VALUTAZIONE DEL SINISTRO

Lesioni Stabilizzate Si

### GIORNI DI INABILITA' TEMPORANEA BIOLOGICA

ITT	30	ITP 75%	50	ITP 50%	60	ITP 25%	60	ITP %:	0,0	0
-----	----	---------	----	---------	----	---------	----	--------	-----	---

### GIORNI DI INABILITA' TEMPORANEA LAVORATIVA

ITT	0	ITP 75%	0	ITP 50%	0	ITP 25%	0	ITP %:	0,0	0
-----	---	---------	---	---------	---	---------	---	--------	-----	---

### INCIDENZA SPECIFICA CAPACITA' DI LAVORO

Incidenza specifica capacità di lavoro (% rispetto al danno biologico): 0,0

### % DANNO BIOLOGICO

Danno Biologico %: 21,0

### OSSERVAZIONI AGGIUNTIVE

Il paziente alla visita medica del 10.11.2021 era sprovvisto della maggior parte della documentazione medica, che avrebbe fatto poi pervenire, tramite il medico di fiducia, il Dott. Alfonso.  
In data 30.11.2021 è stato contattato di nuovo il medico di parte, poiché la documentazione medica, non era ancora pervenuta.  
La restante documentazione è stata consegnata mercoledì 01.12.2021 allo studio e in data 15.12.2021 è stata caricata la complessa valutazione.

ESTREMI SINISTRO					importo liquidato
AG	ES.	NUMERO	POS.	RAMO	
			1	30	€ 113.000,00

## ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Il sottoscritto **Giuseppe**

Dichiara di accettare in via di transazione, con reciproche concessioni in ordine all'entità delle pretese, dalla **UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A.**, ed eventuali coassicuratrici, la quale paga in nome e per conto del proprio Contraente e/o Assicurato, la somma di **€ 113.000,00** (centotredicimilaeuro/00) a titolo di risarcimento/indennizzo del danno subito in conseguenza del sinistro verificatosi in data \_\_\_\_\_ a su polizza N° \_\_\_\_\_ intestata a Ermelinda

Dichiara altresì di rinunciare ad ogni pretesa ed azione in qualsiasi sede, anche eventualmente già in corso nei confronti della Compagnia solvente e di ogni altro obbligato e coobbligato e si impegna a non promuovere azione penale o a rinunciare a quella eventualmente promossa.

Ad avvenuto ricevimento della somma suddetta, a completa tacitazione di ogni e qualsiasi diritto per tutti i danni alla persona e/o alle cose, patrimoniali e non, anche futuri e indiretti, il presente atto acquisterà veste di ampia e liberatoria quietanza a saldo per qualsiasi titolo derivante dal sinistro in oggetto, ivi comprese le spese mediche, ospedaliere e di ogni altra natura, con contestuale surrogazione della Compagnia in ogni diritto, privilegio e azione verso eventuali coassicuratrici e terzi responsabili.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

**Unipol**  
GRUPPO

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469  
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. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 045

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

CU UB0026

**BPER:**

Banca

BPER Banca Sp.A.  
ABI 5387-6  
CAB 12913-0

**Modena**

il 16/05/2022 euro \*\*\*\*\*113000,00

AVVERTENZA: Questo modulo di assegno è stato predisposto dalla Banca trattante in esecuzione di mandato ricevuto da terzi. L'assegno ha copertura garantita se è negoziato regolarmente entro il 16/08/2022

**UnipolSai**  
ASSICURAZIONI

a vista pagate per questo assegno bancario "NON TRASFERIBILE"

euro \*CENTOTREDICIMILA/00

a GIUSEPPE



0250716351-02

0250716351



Firma per traenza

Imposta di bollo assolta in modo virtuale autorizzazione  
Intendenza di Fianza di Modena 2266 del 18/10/1993