

4 004 00011 00000082056

ATTO DI VARIAZIONE

N.Polizza 4/4083/194/40013219
Agenzia BOLOGNA

Cod. Sub. 327

N. Appendice 11
Pag. 1 di 1

Contraente
G.A.A.T.

Codice Fiscale
97518180019

effetto variazione 16.10.2017

scadenza polizza 30.06.2018

Frazionamento premio: ANNUALE

Tacito rinnovo: SI

Adeguamento: NO

Prodotto 1811

LE PARTI PRENDONO ATTO DELLE SEGUENTI VARIAZIONI APPORTATE ALLA POLIZZA

PREMIO

Prima Rata
dal 16.10.2017
al 30.06.2018

Rate Successive

Premio Netto
Accessori
Premio Tassabile
Tasse

Totale premio

Descrizione della variazione

VEDI ALLEGATO

FERMO IL RESTO

Il presente atto di variazione e' integrato:

- dall'allegato per la coassicurazione.

UNISALUTE S.p.A.
(un procuratore)

Il Contraente

Emesso il 16.10.2017

Il premio della rata alla firma e' stato pagato il _____
I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla
normativa vigente.
Periodicita' del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza
annuale

L'Agente o l'Incaricato _____