

4 004 00004 00000082057

ATTO DI VARIAZIONE

N.Polizza 4/4083/194/40013220
Agenzia BOLOGNA

Cod. Sub.

N.Appendice 4
Pag. 1 di 1

Contraente
G.A.A.T.

Codice Fiscale
97518180019

effetto variazione 08.09.2016

scadenza polizza 30.06.2017

Frazionamento premio: ANNUALE

Tacito rinnovo: SI

Adeguamento: NO

Prodotto 1812

LE PARTI PRENDONO ATTO DELLE SEGUENTI VARIAZIONI APPORTATE ALLA POLIZZA

PREMIO

	Prima Rata	Rate Successive
	dal 08.09.2016	
	al 30.06.2017	

Premio Netto
Accessori
Premio Tassabile
Tasse

Totale premio

Descrizione della variazione

Piano sanitario IPM Iscritti G.A.A.T
Si e' provveduto ad effettuare l'aggiornamento come da allegato.
N. Dipendenti assicurato:

FERMO IL RESTO

Il presente atto di variazione e' integrato:

- dall'allegato per la coassicurazione.

UNISALUTE S.p.A.
(unipolprocuratore)

Il Contraente
GRUPPO AGENTI
di ASSICURAZIONE

Emesso il 16.09.2016

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