

4 004 00017 00000082058

ATTO DI VARIAZIONE

N. Polizza 4/4083/194/40013221
Agenzia BOLOGNA

Cod. Sub.

N. Appendice 17
Pag. 1 di 1

Contraente
G.A.A.T.

Codice Fiscale
97518180019

effetto variazione 30.06.2017

scadenza polizza 30.06.2018

Frazionamento premio: SEMESTRALE

aumento frazionamento: 0

Tacito rinnovo: SI

Adeguamento: NO

Prodotto 1814

LE PARTI PRENDONO ATTO DELLE SEGUENTI VARIAZIONI APPORTATE ALLA POLIZZA

PREMIO

	Prima Rata	Rate Successive
	dal 30.06.2017	
	al 31.12.2017	

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 22.08.2017

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
semestrale

L'Agente o l'Incaricato _____