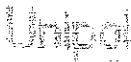


Piano sanitario Facoltativo Iscritti GAAT - Agenti Operativi -

UniSalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 319361
Capitale Sociale i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 03843680376 - R.E.A. 319365
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. 1.00084 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unisalute.it



Agenzia 4083

Ramo 194

N. polizza 40015413

Tra **UniSalute S.p.A.** in seguito denominata "**Società**" e G.A.A.T. Gruppo Agenti di Assicurazione Toro con sede in Torino, via Don Minzoni 2, c.a.p.10121 codice fiscale 97518180019 in seguito denominata "**Contraente**", viene stipulato il seguente contratto di assicurazione avente **effetto 30/06/2018**, **scadenza prima rata 31/12/2018** e **scadenza polizza 30/06/2019**, a frazionamento semestrale, tacitamente rinnovabile in base alle Condizioni Generali di Assicurazione.

N° nuclei con 1 assicurato:

N° nuclei con 2 assicurati:

N° nuclei con 3 assicurati:

N° nuclei con 4 assicurati:

La presente polizza viene emessa in sostituzione della polizza n° 40013221 emessa dalla Compagnia UniSalute

Premio rata contante

Premio imponibile € **Imposte** €

Totale rata contante € €

Premio rata successiva

Premio imponibile € **Imposte** €

Totale rata successiva € €

gratuito

I Servizi di Consulenza, di cui all'art. 11 delle condizioni di assicurazione, sono prestati a titolo esclusivamente gratuito.

La Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo "Piano Facoltativo Iscritti G.A.A.T. – Agenti Operativi" comprensivo di Nota informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto riportate nel Fascicolo Informativo "Piano Facoltativo Iscritti G.A.A.T. – Agenti Operativi".
- ✓ di aver messo a disposizione dei singoli beneficiari le condizioni di assicurazioni riportate nel fascicolo informativo

Avvertenza: si invita la Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione

La Società
Un procuratore

La Contraente

Data _____

Firma _____

La Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto l'informativa privacy di cui all'articolo 13 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, di impegnarsi a consegnarne loro una copia.

La Contraente

Data _____

Firma _____

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

COASSICURAZIONE

RAMO Malattia

Contraente/Assicurato G.A.A.T. Gruppo Agenti di Assicurazione Toro

Agenzia 4083	Ramo 194	Polizza 40015413	Var. n. 0
--------------	----------	------------------	-----------

CLAUSOLA DI DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Società in appresso indicate: ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal presente allegato, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Unisalute S.p.A. all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria.

Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare in nome e per conto delle Coassicuratrici esperti (periti, medici, consulenti, etc...).

Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente e/o Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio, la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

RIPARTO PREMIO DI PRIMA RATA

Coassicuratrici	Cod.	Quota	Premio netto	Accessori	Premio Tasse	Tasse	Totale Premio
Unisalute Delegat.	342	70%					
UnipolSai Ass.- Div. Fondiaria	083	30%					
	Totale	100					

RIPARTO PREMIO RATE SUCCESSIVE

Coassicuratrici	Cod.	Quota	Premio netto	Accessori	Premio Tasse	Tasse	Totale Premio
Unisalute Delegat.	342	70%					
UnipolSai Ass.- Div. Fondiaria	083	30%					
	Totale	100					

Unisalute S.p.A.

Le Coassicuratrici

Il Contraente