

**PIANO SANITARIO
FACOLTATIVO ISCRITTI G.A.A.T.
SOCI ONORARI
FRONTESPIZIO**

UniSalute S.p.A.

Unipol
GRUPPO

Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipolit - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale sociale i.v. Euro 78.028.566,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 03843680376 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo 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 delle società capogruppo al n. 046
www.unisalute.it

Agenzia 4083

Ramo 194

N. Polizza 40016118

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 30/06/2019, scadenza prima rata 30/06/2020 e scadenza polizza 30/06/2020, a frazionamento annuale.

N° nuclei con 1 assicurato:

N° nuclei con 2 assicurati:

La presente polizza viene emessa in sostituzione della polizza n° 40015414 emessa dalla Compagnia UniSalute.

Premio rata contante

Premio imponibile

Imposte

Totale rata contante

I Servizi di Consulenza, di cui all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, sono prestati a titolo gratuito.

Data _____

La Società
Un procuratore

La Contraente

Firma _____

Reg. 03.10.2015



La Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, le Condizioni di Assicurazione Piano Facoltativo Iscritti G.A.A.T. – Soci Onorari comprensivo di Glossario e Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le predette Condizioni di Assicurazione;
- ✓ di aver messo a disposizione dei singoli beneficiari le Condizioni di Assicurazione.

Data _____

La Società
Un procuratore

La Contraente

_____ 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 – GDPR) e di collaborare con la Società ai fini della consegna di una copia anche agli interessati indicati nel contratto.

Data _____

La Contraente

_____ 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 40016118	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 RATA CONTANTE

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

Unisalute S.p.A.

Le Coassicuratrici

Il Contraente

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.