

1031

Atto di variazione INFORTUNI

Con il presente atto di variazione le Parti convengono che il contratto è prestato per le garanzie e con i limiti di seguito precisati.

I 004 00001 00127111624

AGENZIA NAPOLI										NUMERO ARCHIVIO 127111624	
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICI (TIPO E NUMERO)
1/39103	544	77	157978403/1		1031	10	2017	0	0	0	
EFFETTO VARIAZIONE:		SCADENZA POLIZZA	SCADENZA PRIMA RATA	CODICE RATEAZIONE:		ANNUALE	DATA EMISSIONE:		SCADENZA VINCOLO		
12/01/2018		31/12/2018	31/12/2018	1			11/01/2018				
CONVENZIONE:			COD.CONV.	PRODUTTORE:	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE:			CODICE PAG.		
						87259			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
IPS "TELESE" - VIA FONDO BASSO, 1/3 - 80077 ISCHIA NA										91000280635	

PREMI

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA	PROV. RISCHIO
3.715,80	557,37	4.273,17	106,83	* 4.380,00	NA
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE	COMBINAZIONI:
63,47	9,52	72,99	1,82	74,81	

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE	810	0,16	120.000,00	20,00
INVALIDITÀ PERMANENTE		0,09	200.000,00	20,00
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)			25.000,00	18,00
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		0,25	60,00	15,00
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE				
INVALIDITÀ PERMANENTE				
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

73,00

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 2.220,17.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Il Contraente dichiara

- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
- non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate
 - non sono state annullate per sinistro, nè dalla Società nè dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

IL CONTRAENTE



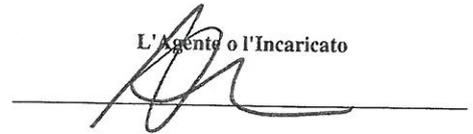
Emessa il 11/01/2018

Il premio della rata alla firma è stato pagato il 08.02.18
I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.
Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

Riservato all'agenzia

Registrato il _____

L'Agente o l'Incaricato



1031

**Allegato all'Atto di variazione
INFORTUNI CUMULATIVA**

NUMERO POLIZZA 1/39103/77/157978403/1
AGENZIA NAPOLI SUBAGENZIA 544

Contraente/Assicurato IPS "TELESE"
Domicilio VIA FONDO BASSO, 1/3 - 80077 ISCHIA - NA
Codice Fiscale 91000280635

VARIAZIONE AI CONTENUTI DI POLIZZA

Con la presente appendice, che forma parte integrante della polizza di riferimento, si precisa che il numero definitivo degli alunni comunicatoci dall'istituto e' 810.
Fermo il resto.

FERMO IL RESTO.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

Il Contraente