

AGENZIA DI ALBA				CODICE	NUMERO DI POLIZZA	NUMERO DI VARIAZIONE	SUB AGENZIA	SIRE							
				103	2024/10/3657043	2	022	10738							
CONTRAENTE CENTRO MEDICO SAN GIOVANNI S.R.L.				CODICE FISCALE O PARTITA IVA		03640850040									
DOMICILIO P.ZA D.LA TORRE 3				CANALE		CN	C.A.P. 12043								
DECORRENZA CONTRATTO		SCADENZA CONTRATTO		DURATA CONTRATTO		DATA PRIMA SCADENZA		RATEAZIONE	INDICIZZAZIONE						
g. 07	m. 03	a. 2026	g. 07	m. 03	a. 2027	a. 01	m. 00	g. 00	g. 07	m. 09	a. 2026	Semestrale	si/no	SI	
SOSTITUISCE LE POLIZZE										INCASSATO AL					
N PARTE	AGENZIA	RAMO	N. DI POLIZZA	PAGATO AL		COASSICURAZIONE		NS. DELEGA	NS. QUOTA	COD. DEL.	N. POLIZZA DELEGATARIA				
si/no				m.	a.										
								0,00	0,00	0,00	0,00	TOTALE PRIMA RATA EURO			
								TOTALE PREMIO NETTO		ACCESSORI	DIRITTI	IMPOSTA	0,00		
								349,65	34,97	12,24	85,60	TOTALE RATE SUCCESSIVE EURO			
												482,46			
TAC.RINNOVO	REG.PREMIO	TEMP.	T.PROD.	CODICE RISCHIO		RESCINDIBILE		RISCHIO COMUNE			POLIZZA COLLEGATA		CODICE DI AGGREGAZIONE		
SI	NO	NO	1	B5570		NO		Agenzia Ramo N. Polizza			Agenzia Ramo N. Polizza				
si/no	si/no	si/no				si/no m. a.									

## ATTO DI VARIAZIONE

Con effetto dalle ore 24 del 07/03/2026, ferma ogni altra condizione e pattuizione di polizza, d'accordo fra le Parti si conviene di apportare al contratto la seguente variazione:

L'indirizzo del Contraente è il seguente: P.ZA D.LA TORRE 3 - 12043 CANALE CN

**RESTA FERMO ED INVARIATO QUANT'ALTRO PREVISTO SUL CONTRATTO**

La presente appendice è emessa a \_\_\_\_\_ il 19/05/2026

### IL CONTRAENTE



Firmato da: SILVIA PATITUCCI  
 Numero telefonico: +393334363783  
 EMail: CENTROMEDICOSANGIOVANNI@GMAIL.COM  
 Ora/data firma: 19-05-2026 12:55:13 (+02:00)

SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI  
 L'Agente Procuratore

Buongiorno Reale 800 - 320320  
 lunedì - sabato 8 - 20

