

## SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO A FAVORE DELL'ADERENTE

Da ritornare alla Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa  
unitamente al modulo di adesione

Spett.le  
Società Cattolica di Assicurazione -  
Società Cooperativa  
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona

Contratto N.  Aderente

### SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO A FAVORE DELL'ADERENTE

Cognome o denominazione sociale		Nome		Sesso	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Comune di nascita	Prov.	Nazione di nascita (se estera)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	Partita IVA (se diversa dal codice fiscale)	Telefono	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo		CAP	Comune di residenza		Prov.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione di residenza (se estera)	Documento identificativo	Numero documento	Rilasciato da	in	il
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### GENERALITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DELEGATO (compilare se il soggetto che effettua il pagamento è una persona giuridica)

Cognome		Nome		Sesso		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="text"/>	
Data di nascita	Comune di nascita	Prov.	Nazione di nascita (se estera)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Indirizzo		CAP	Comune di residenza		Prov.		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Nazione di residenza (se estera)	Documento identificativo	Numero documento	Rilasciato da	in	il		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

In qualità di soggetto operante per conto di terzi, sotto la mia personale responsabilità, dichiaro di aver fornito complete e vere generalità dell'aderente (art. 2, comma 1, L. 197/91).

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE O DELEGATO

### TIPO LEGAME ADERENTE - SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Il soggetto che effettua il pagamento:

Fa parte del nucleo familiare dell'Aderente. Indicare il grado di parentela

Non fa parte del nucleo familiare dell'Aderente. Indicare tipo di rapporto/legame

L'Aderente:

È fiscalmente a carico del soggetto che effettua il versamento  Non è fiscalmente a carico del soggetto che effettua il versamento

### TIPO DI VERSAMENTO

Pagamento successivo all'adesione

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

ASSEGNO  BONIFICO  PAGAMENTO TRAMITE SDD (SEPA DIRECT DEBIT)

FIRMA DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO A FAVORE DELL'ADERENTE (o del legale rappresentante)

Prendo atto dell'informativa che mi è stata consegnata ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali nonché dei diritti che mi competono.

FIRMA DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO A FAVORE DELL'ADERENTE (o del legale rappresentante)

### SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 Legge n. 197 del 5 luglio 1991 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, di aver identificato il soggetto che effettua il versamento a favore dell'Aderente.

Cognome e nome dell'Intermediario (in stampatello)	Codice dell'Intermediario	FIRMA DELL'INTERMEDIARIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo, <input type="text"/>	Data	<input type="text"/>

Da consegnare a: Cliente, Intermediario e Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa