

## 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  M  F

Data di nascita  Comune di nascita  Prov.  Nazione di nascita (se estera)

Codice Fiscale  Partita IVA (se diversa dal codice fiscale)  Telefono  E-mail

Indirizzo  CAP  Comune di residenza  Prov.

Nazione di residenza (se estera)  Documento identificativo  Numero documento  Rilasciato da  in  il

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

Cognome  Nome  Sesso  M  F Codice Fiscale

Data di nascita  Comune di nascita  Prov.  Nazione di nascita (se estera)

Indirizzo  CAP  Comune di residenza  Prov.

Nazione di residenza (se estera)  Documento identificativo  Numero documento  Rilasciato da  in  il

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

Luogo,  Data

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