

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI DEL TERZO PAGATORE

Da ritornare a Cattolica Assicurazioni unitamente alla proposta di assicurazione



PROPOSTA N. Contraente

SOGGETTO CHE EFFETTUA IL PAGAMENTO PER CONTO DEL CONTRAENTE

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)

Indirizzo CAP Comune di residenza Prov.

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

LEGALE RAPPRESENTANTE (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

TIPO LEGAME CONTRAENTE - TERZO PAGATORE

Il soggetto che effettua il pagamento:

Fa parte del nucleo familiare del Contraente. Indicare il grado di parentela

Non fa parte del nucleo familiare del Contraente. Indicare tipo di rapporto/legame

TIPO DI PAGAMENTO

Alla sottoscrizione Pagamento successivo

MODALITÀ DI PAGAMENTO

ASSEGNO BONIFICO PAGAMENTO TRAMITE SDD (SEPA DIRECT DEBIT)

FIRMA DEL TERZO PAGATORE

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 TERZO PAGATORE

SPAZIO RISERVATO ALL'INCARICATO

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 terzo pagatore.

Cognome e nome dell'Incaricato (in stampatello) Codice dell'Incaricato FIRMA DELL'INCARICATO

Luogo, Data

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA