

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

Luogo e data _____

DOMANDA DI VARIAZIONE POLIZZA N. _____
CATTOLICAPREVIDENZAPERLAPENSIONE

Il sottoscritto _____, posizione individuale n° _____, con la presente chiede che vengano apportate alla propria posizione le seguenti modifiche:

VARIAZIONI RELATIVE ALLE GENERALITÀ DELL'ADERENTE

VARIAZIONE RESIDENZA/DOMICILIO	DA	A
Città		
Via e n° civico		
Provincia		
CAP		

VARIAZIONI RELATIVE ALLA CONTRIBUZIONE ANNUA*

TIPO VARIAZIONE		
<input type="checkbox"/> Importo del contributo annuo	da Euro	a Euro

* tali variazioni avranno efficacia ad ogni anniversario successivo

VARIAZIONI RELATIVE ALLA MODALITÀ DI VERSAMENTO*

FREQUENZA DEI VERSAMENTI	DA: <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> mensile	A: <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> mensile
-----------------------------	---	--

* tali variazioni avranno efficacia ad ogni anniversario successivo

VARIAZIONI COORDINATE BANCARIE

Banca	
Filiale	
CIN - ABI – CAB	
N° conto corrente	
IBAN (nuovo conto corrente)	

VARIAZIONI ALLE PROPOSTE DI INVESTIMENTO

(riallocazione della posizione individuale)

ALLOCAZIONE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE (possibile dopo 1 anno dalla data di decorrenza)	
<input type="checkbox"/> Fondo Interno "EV Strategia Internazionale" ____%	<input type="checkbox"/> Gestione Separata "GESTIONE PREVIDENZA" ____%
<input type="checkbox"/> "Soluzione Dinamica" 100%	

Con i migliori saluti.

_____ *firma dell'Aderente*

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO

**Il modulo compilato e sottoscritto va trasmesso in originale a mezzo posta a:
SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE – SOCIETÀ COOPERATIVA
LUNGADIGE CANGRANDE 16 – 37126 VERONA
Si consiglia, comunque, di anticiparlo a mezzo fax al n. 045 8 372 317**