

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI VARIAZIONE POLIZZA N. \_\_\_\_\_**  
**CATTOLICA PREVIDENZA PROGETTO PENSIONE BIS**

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)

"Soluzione Garantita"

"Soluzione Dinamica"

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**