Almudena seguros

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a:

(a) Almudena Cía de Seguros y Reaseguros, S.A., a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta.
(b) A su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes de **Almudena Cía de Seguros y Reaseguros, S.A.**
Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha desde que se realizó el adeudo en su cuenta. **Por favor, rellene todos los campos marcados con un *.**

Su nombre *

Titular de la cuenta — *NIF/CIF*

Su dirección *

Nombre de la calle y número

Código postal — *Ciudad* — *País*

Su número de cuenta *

SWIFT BIC — *11 posiciones*

IBAN — *24 posiciones*

Nombre del acreedor *

ALMUDENA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
Nombre del acreedor

Identificador del acreedor

ARTURO SORIA, 153
Nombre de la calle y número

28043 — *Código postal*
MADRID — *Ciudad*
ESPAÑA — *País*

Tipo de pago *

Pago Periódico [X] o Pago único [ ]

Localidad donde firma *

Localidad — *Fecha*

Persona en cuyo nombre * se realiza el pago (tomador del seguro)

Cumplimentar solo en el caso de que el titular de la cuenta sea persona distinta al tomador

Por favor, firme aquí *

Firma del titular de la cuenta

Nota: En su entidad puede obtener información sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.