

PPPPPPRR

9 POSICIONES; LAS 7 PRIMERAS PARA EL NÚMERO DE PÓLIZA, Y LAS DOS RESTANTES PARA EL RAMO

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
- (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 ***.

EL DEL TITULAR DE LA CUENTA

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

NO ES NECESARIO

Identificador del acreedor

ARTURO SORIA, 153

Nombre de la calle y número

28043

MADRID

ESPAÑA

Código postal

Ciudad

País

Tipo de pago *

Pago Periódico

o

Pago único

IMPRESINDIBLE

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

SÓLO SI EL TOMADOR DE LA PÓLIZA NO ES EL MISMO QUE EL TITULAR DE LA CUENTA

Por favor, firme aquí *

Firma del titular de la cuenta

IMPRESINDIBLE