Almudena seguros | GRUPO GES

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo

										P	P	P	P	P	P	P	R	R

9 POSICIONES: LAS 7 PRIMERAS PARA EL NÚMERO DE PÓLIZA (P) Y LAS DOS RESTANTES PARA EL RAMO (R).

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 enti
su cuenta.

B. A su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en
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*

EL DEL TITULA DE LA CUENTA

Titular de la cuenta

NIF/CIF

Su dirección*

Nombre de la calle y número

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

Arturo Soria, 153

Nombre de la calle y número

NO ES NECESARIO

Identificador del acreedor

28043

Código Postal

Madrid

Ciudad

España

País

Tipo de pago*

Pago periódico ☒ Pago único ☐

IMPRESCINDIBLE

Localidad donde firma*

Localidad

Fecha

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

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

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

Por favor, firme aquí*

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

IMPRESCINDIBLE

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