Almudena seguros | GRUPO GES

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo

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

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

Identificador del acreedor

28043

Código Postal

Madrid

Ciudad

España

País

Tipo de pago*

Pago periódico ☒ Pago único ☐

Localidad donde firma*

Localidad

Fecha

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

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

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

Almudena seguros | GRUPO GES

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo

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 *.

EJEMPLAR PARA LA COMPAÑIA DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL ASEGURADO

Su nombre*

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

Identificador del acreedor

28043

Código Postal

Madrid

Ciudad

España

País

Tipo de pago*

Pago periódico ☒ Pago único ☐

Localidad donde firma*

Localidad

Fecha

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

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

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