

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia de la orden de domiciliación - A completar por el acreedor.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a (A) {NOMBRE DEL ACREEDOR} a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de {NOMBRE DEL ACREEDOR}. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Por favor rellene todos los campos marcados con *

Su nombre	*	<input type="text"/>	1
		<small>Nombre del deudor/res</small>	
Su dirección	*	<input type="text"/>	2
		<small>Nombre de la calle y número</small>	
	*	<input type="text"/>	3
		<small>Código postal Ciudad</small>	
	*	<input type="text"/>	4
		<small>País</small>	
Su número de cuenta	*	<input type="text"/>	
		<small>Número de cuenta - IBAN</small>	
	*	<input type="text"/>	6
		<small>SWIFT BIC</small>	
Nombre del acreedor	**	Cigna Insurance Services Europe Ltd	7
		<small>Nombre del acreedor</small>	
	**	<input type="text"/>	8
		<small>Identificador del acreedor</small>	
	**	Chancery House St. Nicholas Way	9
		<small>Nombre de la calle y número</small>	
	**	SM1 1JB Sutton	10
		<small>Código postal Ciudad</small>	
	**	Great Britain	11
		<small>País</small>	
Tipo de pago :	* Pago recurrente <input type="checkbox"/>	O	* Pago único <input type="checkbox"/>
			12
Localidad donde firma		<input type="text"/>	13
		<small>Localidad</small>	
		<small>Fecha *</small>	
		Firma/s	
Por favor, firme aquí	*	<input type="text"/>	

Nota: Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Información sobre la relación subyacente entre el acreedor y el deudor - a título meramente informativo

Código de identificación del deudor		<input type="text"/>	14
		<small>Indique en este espacio cualquier número de código con el que desea que su entidad financiera le identifique</small>	
Persona en cuyo nombre se realiza el pago		<input type="text"/>	15
		<small>Nombre de la parte de referencia del deudor: Si realiza un pago como consecuencia de un acuerdo entre {NOMBRE DEL ACREEDOR} {NOMBRE DEL ACREEDOR} y otra persona (por ejemplo, el pago de la factura de otra persona) indique el nombre de dicha persona en este espacio</small>	
		<small>Si realiza el pago en su propio nombre e interés, deje este espacio en blanco.</small>	
		<input type="text"/>	16
		<small>Código de identificación de la parte de referencia del deudor</small>	
		<input type="text"/>	17
		<small>Nombre de la parte de referencia del acreedor: el acreedor debe rellenar esta sección si realiza el cobro a favor de un tercero</small>	
		<input type="text"/>	18
		<small>Código de identificación de la parte de referencia del acreedor</small>	
Respecto al contrato		<input type="text"/>	19
		<small>Número de identificación del contrato subyacente</small>	
		Insurance	20
		<small>Descripción del contrato</small>	

Por favor, devolver a:
 CIGNA INSURANCE SERVICES EUROPE LTD
 Puerto de las Naciones
 Ribera Del Loira 46
 28042 Madrid

Uso exclusivo del acreedor