SEPA Autorização de débito directo

Referência da autorização - para ser preenchido pelo credor

Ao assinar esta autorização de débito directo, V. Exa. autoriza a/o (nome do credor) a enviar instruções para o seu banco para debitar da sua conta de acordo com as instruções da/o (nome do credor)
Como parte dos seus direitos, V. Exa. tem direito a um reembolso do seu banco, nos termos e condições do contrato com o mesmo. O reembolso deve ser reclamado no prazo de oito semanas a partir da data em que o débito foi efectuado.

Por favor complete todos os campos marcados com o *

Nome do Cliente * Nome do devedor 1

Morada do Cliente * Nome da rua e número 2

* Código postal Cidade 3

* País 4

O seu número de conta * Número de conta - IBAN

* SWIFT BIC 6

Nome do credor ** Cigna Insurance Services Europe Ltd Nome do credor 7

** Identificação do credor 8

** Chancery House St. Nicholas Way Nome da rua e número 9

** SM1 1JB Código postal Sutton Cidade 10

** Great Britain País 11

Tipo de pagamento : * Pagamento recorrente ou * Pagamento único 12

Local e data Local Data * 13

Assinatura(s)

Por favor, assine aqui *

Nota: Os seus direitos relativamente ao mandato acima estão explicados num comunicado que V. Exa. poderá obter através do seu banco.

Detalhes sobre a relação subjacente entre o credor e o devedor - apenas para fins informativos

Código de identificação do devedor — Escrever qualquer número de código aqui que V. Exa. deseja ter citado pelo seu banco. 14

Pessoa em que cujo nome o pagamento é feito — Se V. Exa. estiver a efectuar um pagamento relativo a um acordo entre (nome do credor) e outra pessoa, por favor escreva o nome da outra pessoa aqui. Se está a pagar em seu próprio nome, deixe o espaço em branco 15

Código de identificação/ referência do devedor 16

Nome da entidade credora (credor deve preencher este espaço se estiver a receber os pagamentos em nome de outra entidade) 17

Código de identificação da entidade credora 18

Em relação ao contrato — Número de identificação do contrato subjacente 19

Insurance Descrição do contrato 20

Por favor, devolver para:
CIGNA INSURANCE SERVICES EUROPE LTD
EPC Apartado 8084
Loja CTT Cabo Ruivo
1807-034 Lisboa

Para uso exclusivo da entidade credora