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
Apartado 8084
E.C. Cabo Ruivo
1801-001 Lisboa

Para uso exclusivo da entidade credora