

IT 15 SOLICITUD DE SEGURO

Organización a la
que pertenece:

Fecha:

Nombre

Apellidos

NIF

Fecha

Nacimiento:

Dirección

C Postal

Localidad:

Provincia

Teléfono

móvil

Correo electrónico

Manifiesto mi deseo de contratar las coberturas de la oferta IT 15, mis datos serán facilitados a las compañías aseguradoras que soportan el riesgo cubierto: Helvetia y Axa

Firmado: _____

No olvide cumplimentar el siguiente documento SEPA, por donde se le girará el recibo de este seguro

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Ref: SEPA-000005288-1

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a **Aranda y París** a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de **Aranda y París**. Como parte de sus derechos, usted 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 su cuenta.

By signing this mandate form, you authorise **Aranda y París** to send instructions to your bank to debit your account, and to your bank to debit your account in accordance with the instructions sent from **Aranda y París**. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Ciente / Customer

Nombre del deudor(es)/ Name of debtor(s)

Dirección / Address

Calle y número / Street name and number

Código postal / Postal code

Ciudad / City

País / Country

Persona en cuyo nombre se realiza el pago / Person on whose behalf payment is made

Número de cuenta/ Account number

Número de cuenta IBAN – IBAN account number

SWIFT BIC

Acreedor/ Creditor

Aranda y París S.L. Correduría de Seguros

Nombre del acreedor / Creditor's name

ES60001B50222322

Identificador del acreedor

CESAR AUGUSTO 3, 3º D

Nombre de la calle y número / Street name and number

50004

ZARAGOZA

España

Código postal / Postal code

Ciudad / City

País / Country

Tipo de pago

PAGO RECURRENTE

Tipo de pago / Payment type

Localidad / Location

ZARAGOZA

Tipo de pago / Payment type

Fecha / Date

Firma / Signature

Nota: En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in statement that you can obtain from your bank.