

PREENCHER A CANETA PRETA

Autorização de Débito Direto Sepa

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

REFERÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO (ADD) A COMPLETAR PELO SEGURADOR
MANDATE REFERENCE - TO BE COMPLETED BY THE CREDITOR

AO SUBSCREVER ESTA AUTORIZAÇÃO, ESTÁ A AUTORIZAR A VIA DIRECTA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. A ENVIAR INSTRUÇÕES AO SEU BANCO PARA DEBITAR A SUA CONTA E O SEU BANCO A DEBITAR A SUA CONTA, DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES DA VIA DIRECTA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. OS SEUS DIREITOS INCLUEM A POSSIBILIDADE DE EXIGIR DO SEU BANCO O REEMBOLSO DO MONTANTE DEBITADO, NOS TERMOS E CONDIÇÕES ACORDADOS COM O SEU BANCO. O REEMBOLSO DEVE SER SOLICITADO ATÉ UM PRAZO DE OITO SEMANAS, A CONTAR DA DATA DO DÉBITO NA SUA CONTA. PREENCHA POR FAVOR TODOS OS CAMPOS ASSINALADOS COM *. O PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ASSINALADOS COM ** É DA RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR.

BY SIGNING THIS MANDATE FORM, YOU AUTHORISE VIA DIRECTA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. TO SEND INSTRUCTIONS TO YOUR BANK TO DEBIT YOUR ACCOUNT AND YOUR BANK TO DEBIT YOUR ACCOUNT IN ACCORDANCE WITH THE INSTRUCTIONS FROM VIA DIRECTA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. 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. PLEASE COMPLETE ALL THE FIELDS MARKED *. FIELDS MARKED WITH ** MUST BE COMPLETED BY THE CREDITOR.

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO/TITULAR DA CONTA - POLICY HOLDER/ACCOUNT HOLDER IDENTIFICATION

* NOME DO TOMADOR DO SEGURO / TITULAR DA CONTA _____

* NAME OF THE POLICY HOLDER / ACCOUNT HOLDER

* NOME DA RUA E NÚMERO _____

* STREET NAME AND NUMBER

* CÓDIGO POSTAL _____

* POSTAL CODE

* CIDADE _____

* CITY

* PAÍS **PORTUGAL** _____

* COUNTRY

* NÚMERO DE CONTA - IBAN _____

* ACCOUNT

* BIC SWIFT _____

* SWIFT BIC

2. IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - INSURER IDENTIFICATION

** NOME DO SEGURADOR - **VIA DIRECTA - COMPANHIA DE SEGUROS S.A**

** INSURER NAME

** IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - **10261**

** INSURER IDENTIFIER

** NOME DA RUA E NÚMERO - **Rua Alexandre Herculano, nº 53**

** STREET NAME AND NUMBER

** CÓDIGO POSTAL - **1250-010**

** POSTAL CODE

** CIDADE - **LISBOA**

** CITY

** PAÍS - **PORTUGAL**

** COUNTRY

3. IDENTIFICAÇÃO DA APÓLICE - POLICY IDENTIFICATION

NÚMERO DE APÓLICE _____

POLICY NUMBER

RAMO _____

TYPE OF INSURANCE

4. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO - PAYMENT PERIODICITY

* PAGAMENTO RECORRENTE

(VÁLIDO PARA FUTUROS PAGAMENTOS PERIÓDICOS)

* RECURRENT PAYMENT (VALID PERIODIC PAYMENTS)

* PAGAMENTO PONTUAL

(VÁLIDO APENAS PARA UM ÚNICO PAGAMENTO)

* ONE-OFF PAYMENT (VALID FOR A UNIQUE PAYMENT)

*** ASSINATURA / * SIGNATURE**

OS SEUS DIREITOS REFERENTES À PRESENTE AUTORIZAÇÃO, SÃO EXPLICADOS EM DECLARAÇÃO QUE PODE OBTER NO SEU BANCO