

Referência da autorização (ADD) a completar pela **Lusitania, Companhia de Seguros, S.A.** / CREDOR
Mandate reference to be completed by the **Lusitania, Companhia Seguros, S.A.** / CREDITOR

Ao subscrever esta autorização, o CLIENTE / DEVEDOR está a autorizar a **Lusitania, 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 do CREDOR.

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. Os seus direitos são explicados em declaração que pode obter no seu banco.

*By signing this mandate form, you authorize the **Lusitania, Companhia 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 the CREDITOR.*

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. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

1. IDENTIFICAÇÃO CLIENTE / DEVEDOR | CLIENT / DEBTOR IDENTIFICATION

Nome do(s) Cliente(es) / Devedor(es) | Name of the Client(s) / Debtor(s): _____

Nome da rua e número | Street name and number: _____

Código postal | Postal code: _____ Localidade | Location: _____

País | Country: _____

Número de Conta - IBAN | Account number - IBAN _____

BIC SWIFT | SWIFT BIC _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR | CREDITOR IDENTIFICATION

Nome Credor | Creditor name: _____

Identificação da Lusitania | Creditor Identifier (Lusitania)

Nome da rua e número | Street name and number: **RUA DE S. DOMINGOS À LAPA, 35**

Código Postal, Localidade e País | Postal Code, Location and Country: **1249-130 LISBOA PORTUGAL**

3. TIPOS PAGAMENTO | TYPE OF PAYMENTS

Pagamento recorrente | Recurrent payment Ou | Or Pagamento pontual | One-off payment

4. LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR | LOCATION IN WHICH YOU ARE SIGNING

Localidade | Location _____ Data | date _____

5. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO - AUTORIZAÇÃO DO PAGAMENTO POR DÉBITO DIRETO DECLARATION OF CONSENT - AUTHORIZATION OF PAYMENT BY DIRECT DEBIT

Declaro que, na impossibilidade de proceder à minha assinatura, autorizo expressamente a adesão ao pagamento por débito direto.

Para validarmos a sua adesão, é necessário que preencha corretamente este formulário, grave e envie, por e-mail, para producao.lusitania@lusitania.pt, juntando cópia do comprovativo do IBAN, que poderá obter através de uma ATM, homebanking ou até de uma fotografia do extrato bancário.

É titular da conta? Sim Não

Caso não seja titular da conta, indique:

O nome do titular _____ O motivo _____

Alertamos que para esta agilização poderemos ter de entrar em contacto consigo, para confirmar algum dado, pelo que agradecemos que nos indique:

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Caso tenha alguma dúvida, no preenchimento deste documento, poderá contactar-nos, através dos números 210 407510 / 220 407 510 (dias úteis 08h30 - 19h30) ou junto do seu Mediador.

A Lusitania, Companhia de Seguros, S.A., na qualidade de Responsável pelo Tratamento utilizará os dados pessoais ora recolhidos para atualização da sua base de dados, estando o tratamento dos dados legitimado pela necessidade dos dados para a execução do contrato no qual o titular dos dados é parte. Os dados serão conservados até ao termo da relação contratual, admitindo-se a conservação até ao cumprimento de todas as obrigações emergentes do contrato. Caso pretenda obter informações adicionais sobre a forma como os seus dados são objeto de tratamento, poderá consultar a nossa política de privacidade no nosso sítio da internet ou entrar em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Lusitania através do e-mail dpo@lusitania.pt ou por escrito para a Rua de São Domingos à Lapa, n.º 35, 1249-130 Lisboa. Relembramos que poderá, a todo o momento, apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional da Proteção de Dados, no que respeita ao tratamento dos seus dados pessoais.

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Informação detalhada subjacente à relação entre a **Lusitania, Companhia de Seguros, S.A.** / CREDOR e o CLIENTE / DEVEDOR - apenas para efeitos informativos.
*Details regarding the underlying relationship between the **Lusitania Companhia Seguros, S.A.** / CREDITOR and CLIENT / DEBTOR - for information purposes only.*

6. NÚMERO DAS APÓLICES A CONSIDERAR | POLICY NUMBERS TO CONSIDER