LUSITANIA SEGUROS

# AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA
## *SEPA Direct Debit Mandate*

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

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

### 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*

**PT50**

### IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR | *Creditor identification*

Nome Credor | *Creditor Name*

**LUSITANIA, COMPANHIA DE SEGUROS, S. A.**

Identificação da Lusitania | *Creditor identifier (Lusitania)*

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **P** | **T** | **1** | **6** | **Z** | **Z** | **Z** | **1** | **0** | **0** | **2** | **3** | **2** |

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**

### TIPOS PAGAMENTO | *Type of payments*

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

### LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR | *Location in which you are signing*

Localidade | *Location* — Data | *Date*

### 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:

Número de telemóvel — E-mail

**Caso tenha alguma dúvida, no preenchimento deste documento, poderá contactar-nos, através dos números 211 127 604 / 808 201 794 (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.*

### NÚMERO DAS APÓLICES A CONSIDERAR | *Policy numbers to consider*

**LUSITANIA, COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.** Rua de S. Domingos à Lapa, 35 1249-130 Lisboa PORTUGAL **T** (+351) 210 407 510 / 220 407 510 (Dias úteis, das 08h30 às 19h30) **F** (+351) 213 973 090
**E** lusitania@lusitania.pt | Capital Social 12.500.000 Euros • P. Coletiva nº 501 689 168 • Matriculada na C.R.C. de Lisboa | **www.lusitania.pt** Grupo Montepio

Mod. 619P - 2020/04