

Riferimento del Mandato (numero Proposta/Polizza)

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- A) l'autorizzazione a Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. a richiedere all'Istituto di Credito del debitore l'addebito del suo conto e
B) l'autorizzazione all'Istituto di Credito del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Cronos Vita Assicurazioni S.p.A.
Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dal proprio Istituto di Credito secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima.
Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Dati del Debitore

Nome del Debitore*
Cognome e Nome/ Ragione Sociale del Debitore

Indirizzo*
Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico

Codice Postale - Località*
Indicare CAP - Località e Provincia

Paese*
Paese

Conto di Addebito*
Indicare l'IBAN del titolare del conto di pagamento

SWIFT BIC**
Presso l'Istituto di Credito: indicare il codice SWIFT BIC

Codice Fiscale*
Inserire il Codice Fiscale

Codice Identificativo del Creditore*
Creditor Identifier

Dati del soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento

Nome*
Cognome e Nome/ Ragione Sociale

Indirizzo
Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico

Codice Postale - Località
Indicare CAP - Località e Provincia

Paese
Paese

Codice Fiscale*
Inserire il Codice Fiscale

Tipo del pagamento

Luogo e data di sottoscrizione*

Firma/e*

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dal proprio Istituto di Credito.

* I campi contrassegnati sono obbligatori.

** Campo obbligatorio da utilizzare solo per conti correnti esteri.

Restituire il Modulo compilato a:

Riservato al Creditore

Riferimento del Mandato (numero Proposta/Polizza)

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- A) l'autorizzazione a Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. a richiedere all'Istituto di Credito del debitore l'addebito del suo conto e
B) l'autorizzazione all'Istituto di Credito del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dal proprio Istituto di Credito secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Dati del Debitore

Nome del Debitore*
Cognome e Nome/ Ragione Sociale del Debitore

Indirizzo*
Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico

Codice Postale - Località*
Indicare CAP - Località e Provincia

Paese*
Paese

Conto di Addebito*
Indicare l'IBAN del titolare del conto di pagamento

SWIFT BIC**
Presso l'Istituto di Credito: indicare il codice SWIFT BIC

Codice Fiscale*
Inserire il Codice Fiscale

Codice Identificativo del Creditore*
Creditor Identifier

Dati del soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento

Nome*
Cognome e Nome/ Ragione Sociale

Indirizzo
Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico

Codice Postale - Località
Indicare CAP - Località e Provincia

Paese
Paese

Codice Fiscale*
Inserire il Codice Fiscale

Tipo del pagamento

Luogo e data di sottoscrizione*

Firma/e*

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dal proprio Istituto di Credito.

* I campi contrassegnati sono obbligatori.

** Campo obbligatorio da utilizzare solo per conti correnti esteri.

Restituire il Modulo compilato a:

Riservato al Creditore