



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN DE: (Marcar lo que proceda)

Agente Exclusivo Agente Vinculado
Corredor Corredor de Reaseguros
Operador Banca Seguros No Ejerciente

Como persona: FÍSICA JURÍDICA

Datos personales:

1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____
NOMBRE: _____ DNI: _____ Fecha Nacimiento: _____
Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Datos profesionales:

Núm. Registro DGSFP (Salvo para NO Ejercientes):

Domicilio Despacho:

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Tfno: _____ E-mail: _____

El que suscribe, **SOLICITA** su incorporación a este Colegio de Mediadores de Seguros, como colegiado en la modalidad indicada, aportando para ello, además de la presente solicitud:

- **Fotocopia D.N.I. (anverso y reverso).**
- **Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA, anexa, debidamente cumplimentada y firmada.**

En _____ a _____ de _____ de _____

(firma del solicitante)

La aprobación del expediente de colegiación del solicitante queda supeditada a la comprobación e imprescindible autorización del Colegio de Mediadores de Seguros de Badajoz.

Deberá aportar toda la documentación solicitada y la complementaria que le solicite el propio Colegio de Mediadores de Seguros de Badajoz a los efectos de completar su expediente, careciendo de validez alguna este impreso – en lo que a efectos de colegiación se refiere – sin el preceptivo informe favorable del Colegio



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación: **A CUMPLIMENTAR POR EL COLEGIO**

Mandate reference

Identificador del acreedor: **ES68000Q0676004E**

Creditor Identifier

Nombre del acreedor: **COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE BADAJOZ**

Creditor's name

Dirección: **ZURBARÁN, 1 – Planta 2ª – Local 6**

Address

Código postal - Población – Provincia: **06002 BADAJOZ**

Postal Code - City - Town

País: **ESPAÑA**

Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor 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 cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) 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 eight 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.

Nombre del deudor/es:

(titular/es de la cuenta de cargo) Debtor's name

Dirección del deudor:

Address of the debtor

Código postal - Población – Provincia:

Postal Code - City - Town

País del deudor:

Country of the debtor

Swift BIC:

(Puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta – IBAN:

Account number – IBAN: 24 Posiciones

Tipo de pago: Pago recurrente o Pago único

Type of payment Recurrent payment or One-off payment

Fecha – Localidad:

Date - location in which you are signing

Firma del deudor:

Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.