

**FECHA**

Enero 2025

WEB

www.racc.es

DATOS DEL MEDIADOR

RACC MEDIAGENT AGENCIA DE SEGUROS VINCULADA,
S.A.

AV Diagonal 687

08028 BARCELONA

934955000

gerard.escobar@racc.es

NACHO GARCÍA

CL d'Amílcar 000109 2

08032 BARCELONA

REÑÉ

756278 - 0981

Autorización domiciliación bancaria

Hola,

Te informamos que debido a la Normativa Europea SEPA (Reglamento n° 260/2012), para proceder al cargo de la prima de tu seguro de Auto con número de póliza 49191439 en la cuenta que has designado, necesitamos que revises el documento del Mandato SEPA adjunto y nos lo envíes firmado al buzón sepa.firmado@axa.es.

En caso de producirse cualquier cambio en la información contenida en dicha orden de domiciliación, llámanos gratuitamente al 900 357 357 o dirígete a tu oficina RACC más cercana, estaremos encantados de atenderte.

Recibe un cordial saludo.

RACC

Datos relativos a la póliza

Número de Póliza
49191439

IBAN
ES** 2100 3028 **** * 6535

RUM (Referencia Única del Mandato)
000006MCP74J

Cómo se ha de enviar el documento firmado

- A través de su Mediador de Seguros.
- A través del buzón sepa.firmado@axa.es

Orden de domiciliación de Adeudo Directo SEPA

(SEPA Direct Debit Mandate)

A cumplimentar por el acreedor to be completed by the creditor	Referencia de la orden de domiciliación: 000006MCP74J Mandate reference	
	Relación Subyacente: Underlying debtor/creditor relationship	Póliza: 49191439 Tomador: NACHO GARCÍA REÑÉ
	Identificador del acreedor: ES78510A60917978 Creditor Identifier	
	Nombre del acreedor / Creditor's Name AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEG.Y.REAS	
	Dirección / Address CL MONSEÑOR PALMER 1 Código Postal - Población - Provincia / Postal code - City - Town 07014 PALMA DE MALLORCA País / Country ESPAÑA	

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza 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 del adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (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 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.

A cumplimentar por el deudor to be completed by the debtor	Nombre del deudor/es / Debtor's name (titulares de la cuenta de cargo)	
	NACHO GARCÍA REÑÉ	
	Pago en su propio nombre: <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	Dirección del deudor / Address of the debtor	
	CL d'Amílcar 000109 2	
	Código Postal - Población - Provincia / Postal code - City - Town	
	08032 BARCELONA	
	País / Country	
	ESPAÑA	
	Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)	
C A I X E S B B X X X		
Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN		
E S 3 5 2 1 0 0 3 0 2 8 2 1 2 1 0 4 0 0 6 5 3 5		
(En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES) (Spanish IBAN of 24 positions always starting ES)		
Tipo de pago: <input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente <input type="checkbox"/> Pago único Type of payment: Recurrent payment One-off payment		
Fecha - Localidad / Date - location in which you are signing:		
Firma del deudor / Signature of the debtor:		

En caso de que Ud. no esté realizando el pago en su propio nombre, le informamos que sus datos serán tratados por el acreedor identificado en el presente documento con la finalidad de gestionar el pago de la prima del contrato de seguro suscrito por el tomador. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo una solicitud a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing- CRM), Emilio Vargas 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51.

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACION 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