

## Zgoda do obciążania rachunku

Nr polisy \_\_\_\_\_

Niniejszym wyrażam zgodę

Nazwa i adres wierzyciela <b>Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group</b> <b>Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa</b>	Identyfikator wierzyciela* <b>5, 2, 7, 2, 0, 5, 2, 8, 0, 6</b>
--	---

rezydent\*\*     nierezydent\*\*

\* 10-cio cyfrowy NIP/NIW wierzyciela \*\* należy zaznaczyć właściwy kwadrat

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego, w formie polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty.

Nazwa i dokładny adres Ubezpieczającego / płatnika \_\_\_\_\_

Numer rachunku bankowego Ubezpieczającego / płatnika \_\_\_\_\_

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy Ubezpieczającego / płatnika \_\_\_\_\_

konsument w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (Osoba fizyczna, która w tej sytuacji nie występuje w roli przedsiębiorcy)\*\*     pozostali płatnicy\*\*

\*\* należy zaznaczyć właściwy kwadrat

Identyfikator płatności\*\*\* \_\_\_\_\_

\*\*\* max. 20 znaków alfanumerycznych

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla banku do obciążania mojego rachunku bankowego w formie polecenia zapłaty z tytułu moich zobowiązań wobec ww. odbiorcy. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Data   /  /     /  /  /   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego / płatnika / posiadacza rachunku bankowego

**Otrzymuje wierzyciel**

te pola wypełnia wierzyciel

te pola wypełnia Ubezpieczający / płatnik

CL/DUI/P/0019\_3/2017

## Zgoda do obciążania rachunku

Nr polisy \_\_\_\_\_

Niniejszym wyrażam zgodę

Nazwa i adres wierzyciela <b>Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group</b> <b>Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa</b>	Identyfikator wierzyciela* <b>5, 2, 7, 2, 0, 5, 2, 8, 0, 6</b>
--	---

rezydent\*\*     nierezydent\*\*

\* 10-cio cyfrowy NIP/NIW wierzyciela \*\* należy zaznaczyć właściwy kwadrat

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego, w formie polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty.

Nazwa i dokładny adres Ubezpieczającego / płatnika \_\_\_\_\_

Numer rachunku bankowego Ubezpieczającego / płatnika \_\_\_\_\_

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy Ubezpieczającego / płatnika \_\_\_\_\_

konsument w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (Osoba fizyczna, która w tej sytuacji nie występuje w roli przedsiębiorcy)\*\*     pozostali płatnicy\*\*

\*\* należy zaznaczyć właściwy kwadrat

Identyfikator płatności\*\*\* \_\_\_\_\_

\*\*\* max. 20 znaków alfanumerycznych

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla banku do obciążania mojego rachunku bankowego w formie polecenia zapłaty z tytułu moich zobowiązań wobec ww. odbiorcy. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Data   /  /     /  /  /   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego / płatnika / posiadacza rachunku bankowego

**Otrzymuje bank dłużnika**

te pola wypełnia wierzyciel

te pola wypełnia Ubezpieczający / płatnik

CL/DUI/P/0019\_3/2017