

**SOLICITUD DE COLEGIACIÓN DE:** (Marcar lo que proceda)

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

Como persona:    FISICA     JURIDICA

**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.

**Protección de Datos de Carácter Personal**

2

De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999, se informa que este documento contiene datos de carácter privado, para información restringida y uso estadístico colegial. La Firma significa que el solicitante presta su consentimiento para la utilización de estos datos, de forma confidencial, en el ámbito exclusivo de las actividades colegiales (Colegios y Consejos Autonómicos /Consejo General), en cualquier caso, le recordamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en C/zurbaran, nº 1 Planta 2ª Local 6 - 06002 Badajoz (Badajoz) o enviando un correo electrónico a [colegio.badajoz@cgcmsc.es](mailto:colegio.badajoz@cgcmsc.es)