

Zgoda na obciążanie rachunku

Niniejszym wyrażam zgodę na:

Nazwa i adres odbiorcy		Identyfikator odbiorcy (NIP / NIW)*											
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "Warta" Spółka Akcyjna rondo I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa		<input checked="checked" type="checkbox"/> rezydent**	<input type="checkbox"/> nierezydent**	1	1	3	1	5	3	6	8	5	9

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

z tytułu Wniosku o ubezpieczenie/Umowy ubezpieczenia

seria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	↓	↓		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

Identyfikator płatności

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i dokładny adres płatnika

Numer rachunku bankowego płatnika

konsument w rozumieniu Kodeksu Cywilnego* pozostali płatnicy*

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis płatnika - posiadacza rachunku zgodny z wzorem złożonym w banku)

otrzymuje odbiorca
otrzymuje bank płatnika

Zgoda na obciążanie rachunku

Niniejszym wyrażam zgodę na:

Nazwa i adres odbiorcy		Identyfikator odbiorcy (NIP / NIW)*											
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "Warta" Spółka Akcyjna rondo I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa		<input checked="checked" type="checkbox"/> rezydent**	<input type="checkbox"/> nierezydent**	1	1	3	1	5	3	6	8	5	9

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

z tytułu Wniosku o ubezpieczenie/Umowy ubezpieczenia

seria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	↓	↓		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

Identyfikator płatności

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i dokładny adres płatnika

Numer rachunku bankowego płatnika

konsument w rozumieniu Kodeksu Cywilnego* pozostali płatnicy*

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis płatnika - posiadacza rachunku zgodny z wzorem złożonym w banku)

te pola wypełnia wierzyciel
 te pola wypełnia płatnik

* - zaznaczyć właściwy status płatnika
** - zaznaczyć właściwy status odbiorcy
*** - max. 20 znaków alfanumerycznych, niedozwolony znak spacji