



LEASING, COMMISSION AGENT, SOLE REPRESENTATIVES AND SECURITY SERVICES
PASEO DE LAS ACACIAS # 54, 28002 MADRID, SPAIN
TEL: +44 703 184 5868 FAX: +44-7006-065-960,
Email: BSINFODEPT@london.com

PROCEDIMIENTOS DE PAGOS

CODIGO DE ARCHIVO:

NUMERO DE EXPEDIENTE DE SEGURIDAD:

| | | |
|------------------|-----------------------|--|
| Nombre (Name) | Apellido (Surname) | Fecha de nacimiento (Date of birth) |
|------------------|-----------------------|--|

| | | | |
|----------------------------|-------------------------|---------|------|
| Ocupación: (Occupation) | Teléfono (Telephone) | Mobile: | Fax: |
|----------------------------|-------------------------|---------|------|

Dirección
(Address)

| | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Ciudad (City) | Provincia/Pais/Country (State) | Codigo postal (Zip code) |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|

| | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|
| PAGADME A TRAVES DE: <u>I WANT TO BE PAID BY:</u> | a / TRANSFERENCIA a / <u>BANK TRANSFER</u> | <input type="checkbox"/> | b / CHEQUE b / <u>CERTIFIED CHEQUE</u> | <input type="checkbox"/> |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|

Informacion Bancaria
Bank Information (ONLY IF BANK TRANSFER IS DESIRED)

Nombre del Banco
(Bank Name)

| | |
|--|----------------------------------|
| Cuenta Bancaria (Bank Account Number) | Codigo swift (Routing Number) |
|--|----------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Dirección del Banco (Bank Address) | Teléfono del Banco (Bank Phone) | Fax del banco (Bank Fax) |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|

| | | |
|------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Ciudad (City) | Provincia/Pais/ Country (State) | Codigo postal (Zip code) |
|------------------|------------------------------------|-----------------------------|

Relativos
Next Of Kin

Nombre
(Name)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|------|
| Ocupación: (Occupation) | Teléfono (Telephone) | Fax: |
|----------------------------|-------------------------|------|

Dirección
(Address)

| | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Ciudad (City) | Provincia/Pais/Country (State) | Codigo postal (Zip code) |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|

Declaration

Yo Sr./Sra..... DECLARO QUE NUNCA HA RECIBIDO NINGÚN PAGO ASEGURADO EN MI NOMBRE POR SEGURIDAD SANS SA NI TIENE CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MIS LLENO UNA RECLAMACIÓN EN MI NOMBRE. YO DAR EL TRATAMIENTO Y LA TRANSFERENCIA DE MI PAGO A LA INFORMACIÓN DESIGNADO INDICADO ARRIBA EN MI NOMBRE.

| | | | |
|--------|----------------------|------------------|---|
| E-mail | Firma (Signature) | Fecha (Date)_ |  |
|--------|----------------------|------------------|---|

3 463593 185047