




**Έντυπο/Form 2 – Πληρωμή Ασφαλιστρών μέσω εντολής άμεσης χρέωσης/Premium payment via SEPA**  
**Αριθμός Ασφαλιστηρίου/Policy No.:**

<p><b>Εντολή Άμεσης Χρέωσης ΕΧΠΕ</b> <b>SEPA Direct Debit Mandate</b></p> <p>Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό Mandate reference – to be completed by the creditor</p>	 <p><b>Γενικές Ασφάλειες Κύπρου</b></p>
---	---

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε (Α) τις ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ να αποστέλλουν οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τις ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ. Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας.

By signing this mandate form, you authorize (A) GENERAL INSURANCE OF CYPRUS LTD to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from GENERAL INSURANCE OF CYPRUS LTD. 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.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο\* / Please complete all the fields marked\*

<p>Ονοματεπώνυμο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού Bank Account Holder Name</p> <p>Διεύθυνση / Your address</p> <p>Αριθμός Λογαριασμού (IBAN) Your Account Number (IBAN)</p> <p>Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού Creditor's name</p> <p>Τύπος πληρωμής / Type of payment</p> <p>Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή Person on whose behalf payment is made</p> <p>Σχετικά με τη σύμβαση In respect of the contract</p> <p>Υπογράφηκε City or town in which you are signing</p> <p>Παρακαλώ υπογράψτε εδώ Please sign here</p>	<p>* <input type="text"/></p> <p>Όνοματεπώνυμο οφειλέτη / Name of the debtor(s)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Οδός και αριθμός / Street name and number</p> <p><input type="text"/></p> <p>T.K. / Postal Code</p> <p><input type="text"/></p> <p>Πόλη / City</p> <p><input type="text"/></p> <p>Χώρα / Country</p> <p>* <input type="text"/></p> <p>IBAN λογαριασμού / Account number- IBAN</p> <p><input type="text"/></p> <p>SWIFT BIC</p> <p>ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ / GENERAL INSURANCE OF CYPRUS LTD CY76ZZZ0011 Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού / Creditor name Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού / Creditor identifier</p> <p>ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗ ΔΕΡΒΗ 2-4 / 2-4 THEMISTOKLIS DERVIS Οδός και αριθμός / Street name and number</p> <p>1066 ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS T.K. / Postal Code Πόλη / City Χώρα / Country</p> <p>T.Θ. 21668 / P.O. BOX 21668</p> <p>1511 ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS T.K. / Postal Code Πόλη / City Χώρα / Country</p> <p>* Επαναλαμβανόμενη πληρωμή <input checked="" type="checkbox"/> σε <input type="checkbox"/> Μηνιαίες δόσεις Recurrent payment in Monthly instalments</p> <p>ή/or Εφάπαξ πληρωμή <input type="checkbox"/> One-off payment</p> <p><input type="text"/></p> <p>Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή: Εάν προβαίνετε σε πληρωμή βάσει συμφωνίας μεταξύ των ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ και ενός άλλου προσώπου (δηλαδή, εάν πληρώνετε για λογαριασμό άλλου προσώπου), παρακαλούμε όπως αναγράψετε το όνομα του άλλου προσώπου εδώ. Εάν πληρώνετε για ίδιο λογαριασμό, μην συμπληρώσετε το συγκεκριμένο πεδίο. Name of the debtor reference party: If you are making a payment in respect of an arrangement between GENERAL INSURANCE OF CYPRUS LTD and another person (e.g. where you are paying the other person's bill) please write the other person's name here. If you are paying on your own behalf, leave blank.</p> <p><input type="text"/></p> <p>Αριθμός ασφαλιστηρίου ή εντολής / Policy or order number</p> <p><input type="text"/></p> <p>Πόλη-τόπος / Location</p> <p><input type="text"/></p> <p>Ημερομηνία / Date</p> <p>* <input type="text"/></p> <p>Υπογραφή οφειλέτη / Signature(s)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Χαρτόσημο πληρωμένο Stamp duty paid</p>
--	---

Γ.Α.Κ. 890330619  
001-20-0902

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας.  
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Να επιστραφεί σε: Θεμιστοκλή Δέρβη 2-4, Τ.Θ. 21668, 1511 Λευκωσία / Please return to 2-4 Themistoklis Dervis, P.O.Box 21668, 1511 Nicosia