Εντολή Άμεσης Χρέωσης ΕΧΠΕ
SEPA Direct Debit Mandate

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό
Mandate reference – to be completed by the creditor

Γενικές Ασφάλειες

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.

ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΠΟΥ ΦΕΡΟΥΝ ΑΣΤΕΡΙΣΚΟ* ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΨΕΤΕ ΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ IBAN
PLEASE COMPLETE ALL THE FIELDS MARKED* AND ATTACH THE IBAN CERTIFICATE

Ονοματεπώνυμο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού
Bank Account Holder Name
*
Ονοματεπώνυμο οφειλέτη / Name of the debtor(s)

Διεύθυνση / Your address
Οδός και αριθμός / Street name and number
T.K. / Postal Code
Πόλη / City
Χώρα / Country

Αριθμός Λογαριασμού (IBAN)
Your Account Number (IBAN)
*
IBAN λογαριασμού / Account number- IBAN

*
SWIFT BIC

*
Όνομα Τράπεζας / Bank name

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού
Creditor's name

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ / GENERAL INSURANCE OF CYPRUS LTD
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού / Creditor name

CY76ZZZ0011
Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού / Creditor identifier

ΈΒΡΟΥ 4, EuroLife Building / 4, EVROU STREET, EuroLife Building
Οδός και αριθμός / Street name and number

2003 ΣΤΡΟΒΟΛΟΣ/ 2003 STROVOLOS
T.K. / Postal Code

ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA
Πόλη / City

ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS
Χώρα / Country

Τ.Θ. 21668 / P.O. BOX 21668

1511
T.K. / Postal Code

ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA
Πόλη / City

ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS
Χώρα / Country

890330221

001-20-0903

Τύπος πληρωμής / Type of payment
* Επαναλαμβανόμενη πληρωμή / Recurrent payment ✓ σε / in ☐ Μηνιαίες δόσεις / Monthly instalments

ή/or Εφάπαξ πληρωμή / One-off payment ☐

Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή
Person on whose behalf payment is made

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.

Σχετικά με τη σύμβαση
In respect of the contract
Αριθμός ασφαλιστηρίου ή εντολής / Policy or order number

Υπογράφηκε
City or town in which you are signing
Πόλη-τόπος / Location

Ημερομηνία / Date

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ
Please sign here
* **Υπογραφή κατόχου τραπεζικού λογαριασμού / Bank account holder's signature**

Χαρτόσημο πληρωμένο
Stamp duty paid

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: Έβρου 4, EuroLife Building, 2003 Στρόβολος, Λευκωσία, Τ.Θ. 21668, 1511 Λευκωσία
Please return to: 4, Evrou Street, EuroLife Building, 2003 Strovolos, Nicosia, P.O. Box 21668, 1511 Nicosia