ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ (SEPA) / SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

eurosure INSURANCE COMPANY LTD

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

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την (Α) EUROSURE INSURANCE CO LTD να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει τον λογαριασμό σας, σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από την EUROSURE INSURANCE CO LTD. Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζα 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 authorise (A) EUROSURE INSURANCE CO 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 EUROSURE INSURANCE CO 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.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα ακόλουθα πεδία. / Please complete all the following fields.

Πλήρες Όνομα & Διεύθυνση / Full Name & Address

Όνομα & Επίθετο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού / Name of the Debtor(s)

Οδός & Αριθμός / Street Name and Number

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

Πόλη / City

Χώρα / Country

Ηλεκτρονική Διεύθυνση / Email Address

Κινητό Τηλέφωνο / Mobile Phone

Λογαριασμός / Account Number

Αριθμός IBAN Λογαριασμού / Account Number – IBAN

SWIFT BIC / SWIFT BIC

Όνομα Τράπεζας / Bank Name

Επωνυμία Δικαιούχου / Creditor's Name

Τράπεζα / Creditor Name

EUROSURE INSURANCE CO LTD

Κωδικός Αναγνώρισης Δικαιούχου / Creditor Identifier

CY93ZZZ01900

Οδός & Αριθμός / Street Name and Number

LIMASSOL AVE. 5

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

2112

Πόλη / City

NICOSIA

Χώρα / Country

CYPRUS

Τρόπος Πληρωμής / Type of Payment

☐ Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή / Recurrent Payment ☐ Εφάπαξ Πληρωμή / One-off Payment

Σχετικά με το / τα συμβόλαιο/α / In respect of the policy (ies)

Αριθμός Συμβολαίου (1) / Policy Number (1)

Αριθμός Συμβολαίου (2) / Policy Number (2)

Αριθμός Συμβολαίου (3) / Policy Number (3)

Αριθμός Συμβολαίου (4) / Policy Number (4)

ή όλα τα συμβόλαια του λογαριασμού / or all policies of the account ☐

Τόπος (Πόλη) Υπογραφής / City or town in which you are signing

Ημερομηνία / Date _____ **Υπογραφή / Signature** _____

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τα δικαιώματα σας αναφορικά με την άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζα σας. /
NOTE: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ / INTERNAL USE ONLY

Όνομα Ασφαλισμένου / Insured Name

Όνομα & Επίθετο Συμβαλλόμενου (-ων) / Client's Full Name

Στοιχεία Συμβολαίου / Client's Details

Κωδικός Πελάτη / Client Code (Περιγραφή Σύμβασης / Policy Class / Type)

Αριθμός Ταυτότητας Συμβαλλόμενου (-ων) / Identity Number of Insured