



Έντυπο/Form 2 – Πληρωμή Ασφαλίσεων μέσω εντολής άμεσης χρέωσης/Premium payment via SEPA

Αριθμός Ασφαλιστηρίου/Policy No.:

<p>Εντολή Άμεσης Χρέωσης ΕΧΠΕ SEPA Direct Debit Mandate</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <p style="font-size: small;">Κωδικός αναφοράς ανάθεσης - Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό Unique Mandate Reference - to be completed by the creditor</p>	 Γενικές Ασφάλειες Κύπρου
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε τις (Α) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ 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. 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 authorise (A) GENERAL INSURANCE OF CYPRUS 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. 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*.

Όνοματεπώνυμο/Your name *
Όνοματεπώνυμο 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

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού **ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ / GENERAL INSURANCE OF CYPRUS** **CY76ZZ20011**
Creditor's name Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού Creditor name Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού Creditor identifier

ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗ ΔΕΡΒΗ 2-4 / 2-4 THEMISTOKLIS DERVIS
Όδός και αριθμός/Street name and number

1511 **ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA** **ΚΥΠΡΟΣ/ CYPRUS**
T.K./Postal code Πόλη/City Χώρα/Country

Τύπος πληρωμής/Type of payment * Επαναλαμβανόμενη πληρωμή σε/ln Μηνιαίες δόσεις
Recurrent payment Monthly instalments

ή/for 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 και ενός άλλου προσώπου (δηλαδή, εάν πληρώνετε για λογαριασμό άλλου προσώπου), παρακαλούμε όπως αναγράψετε το όνομα του άλλου προσώπου εδώ.
Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between GENERAL INSURANCE OF CYPRUS 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

Υπογραφή οφειλέτη/Signature(s)

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ *
Please sign here

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.