COMMERCIAL GENERAL INSURANCE LTD
Τ.Θ. 21312, 1506, Λευκωσία
Τ: +357 22 505000; Φ: +357 22 376155; E: accounts@cgi.com.cy

ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ(ΩΝ) ΧΡΕΩΣΗΣ(ΕΩΝ) ΕΧΠΕ / SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Κωδικός αναφοράς Εντολής – Συμπλήρωση από το δικαιούχο οργανισμό
Mandate reference – To be completed by the creditor

												-	

Με την παρούσα Εντολή εξουσιοδοτείτε την **(Α) Commercial General Insurance Ltd** να αποστέλλει 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 τη **Commercial General Insurance Ltd**. 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.
Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση, την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας.

By signing this Mandate form, you authorize **(A) Commercial General Insurance 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 **Commercial General Insurance 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.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Το Ονοματεπώνυμο σας / Your Name & Surname
.....
Όνομα και Επώνυμο Οφειλέτη(ων) / Name and Surname of Debtor(s)

Η Διεύθυνση σας / Your Address
.....
Οδός και Αριθμός / Street Name and Number

....
Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code Πόλη / City

....
Χώρα / Country Τηλέφωνο / Telephone

Στοιχεία Λογαριασμού σας / Your Account Details

IBAN Number

SWIFT (BIC)

Επωνυμία Δικαιούχου Οργανισμού / Creditor's Name
COMMERCIAL GENERAL INSURANCE LTD

CY45ZZZ0181
Κωδικός Αναγνώρισης Δικαιούχου Οργανισμού / Creditor Identifier

ΛΕΩΦ. ΑΡΧ. ΜΑΚΑΡΙΟΥ ΙΙΙ, 101 / ARCH. MAKARIOS III AVENUE, 101
Οδός και Αριθμός / Street Name and Number

1071 Ταχυδρομικός Κώδικας /Postal Code
ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA Πόλη / City
ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS Χώρα /Country

Τύπος Πληρωμής / Type of Payment
Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή / Recurring Payment ☐
Εφάπαξ Πληρωμή / One-Off Payment ☐

Σχετικά με το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο / In respect of Policy Number

					-						

Υπογράφηκε /Signed
Πόλη/City ..... Ημερομηνία / Date .....

Υπογραφή Οφειλέτη / Debtor's Signature .....

Με την Εντολή αυτή παρακαλείσθε όπως επισυνάψετε Πρωτότυπη Βεβαίωση από το Τραπεζικό / Σ.Π.Ι. του Διεθνή Αριθμού Λογαριασμού (IBAN) και Κωδικού SWIFT Τράπεζας (BIC).
With this Mandate please attach an Original Certificate from the Banking Company showing your IBAN and the SWIFT Bank Code (BIC).

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ / FOR THE COMPANY'S USE: