

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΝΤΟΛΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

Στο παρόν έντυπο θα βρείτε αναλυτικές οδηγίες για τη σωστή συμπλήρωση της Εντολής Άμεσης Χρέωσης.

- Βεβαιωθείτε ότι έχουν συμπληρωθεί **όλα** τα πεδία.
- Συμπληρώστε το Ονοματεπώνυμο και τη Διεύθυνση **του Κατόχου του Τραπεζικού Λογαριασμού**.
- Συμπληρώστε τα **Στοιχεία** του Τραπεζικού σας Λογαριασμού.
- Αναγράψτε **τον αριθμό** Ασφαλιστηρίου/ων **Συμβολαίου/ων** για τα οποία επιθυμείτε να γίνεται η εξόφληση μέσω Άμεσης Χρέωσης.
- Αποστείλετε τη συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη εντολή μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης ή παραδώστε την στα Γραφεία της Εταιρείας μας ή στον Ασφαλιστικό σας Διαμεσολαβητή.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή επιπλέον πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Ασφαλιστικό σας Διαμεσολαβητή ή απευθείας με τα Γραφεία της Commercial General Insurance Ltd.

### Σημαντική Σημείωση

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε Βεβαίωση του Διεθνή Αριθμού Λογαριασμού (IBAN) από τον Τραπεζικό σας Οργανισμό.

### Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Τα δεδομένα που έχουν συλλεγεί μέσω του παρόντος εντύπου για σκοπούς της εντολής άμεσης χρέωσης, τυγχάνουν επεξεργασίας με βάση τη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που βρίσκεται στην ιστοσελίδα της Εταιρείας μας στον ακόλουθο σύνδεσμο: <https://www.cgi.com.cy/privacy-policy>.

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Please see the instructions below to complete the SEPA Direct Debit Mandate.

- Ensure that **all fields** have been completed.
- Provide the Full Name and Address of the **Bank Account Holder**.
- Fill in the **Account Details** section accurately.
- Indicate the Insurance **Policy/ies Number/s** for which you would like to authorize payment via Direct Debit.
- Submit the fully completed and signed mandate by email, or deliver it to any of our Company Offices or your Insurance Intermediary.

For any clarifications or additional information, please contact your Insurance Intermediary or our Company's Offices directly.

### Important Note

Please attach your IBAN Certificate issued by your Banking Company.

### GDPR

The personal data collected in this form for the purposes of updating your data will be processed in accordance to the Privacy Statement, which is posted on the Company's website at the following link: <https://www.cgi.com.cy/privacy-policy>.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ | CONTACT DETAILS

Κατάστημα   Office	Τηλέφωνο   Telephone	Ηλεκτρονική Διεύθυνση   Email
Λευκωσίας   Nicosia	+357 22 505 250	<a href="mailto:nicosia@cgi.com.cy">nicosia@cgi.com.cy</a>
Λάρνακας   Larnaca	+357 24 819 595	<a href="mailto:larnaca@cgi.com.cy">larnaca@cgi.com.cy</a>
Λεμεσού   Limassol	+357 25 336 590	<a href="mailto:limassol@cgi.com.cy">limassol@cgi.com.cy</a>
Πάφου   Paphos	+357 26 954 085	<a href="mailto:paphos@cgi.com.cy">paphos@cgi.com.cy</a>

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

Με την παρούσα, 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 authorise **(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.

**Όνοματεπώνυμο & Διεύθυνση / Full Name & Address**

Όνομα & Επώνυμο Ωφειλέτη (ων) / Name & Surname of Debtor(s)

Οδός & Αριθμός / Street Name & Number

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

Πόλη / City

Χώρα / Country

Τηλέφωνο / Telephone

**Στοιχεία Λογαριασμού Σας / Your Account Details**

IBAN Number

SWIFT (BIC)

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε Βεβαίωση του Διεθνή Αριθμού Λογαριασμού (IBAN) από τον Τραπεζικό σας Οργανισμό. / Please attach a Certificate of your IBAN from your Banking Company.

**Στοιχεία Δικαιούχου Οργανισμού / Creditor's Details**

**COMMERCIAL GENERAL INSURANCE LTD**

Επωνυμία Δικαιούχου Οργανισμού / Creditor's Name

**CY45ZZZ0181**

Κωδικός Αναγνώρισης Δικαιούχου Οργανισμού / Creditor's Identifier

**ΛΕΩΦ. ΑΡΧ. ΜΑΚΑΡΙΟΥ ΙΙΙ, 101 / 101 ARCH. MAKARIOS III AVENUE,**

Οδός & Αριθμός / Street Name & 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

**Ασφαλιστήριο(α) Συμβόλαιο(α) / Insurance Policy Number(s)**

1.

2.

3.

4.

**Υπογράφηκε / Signed**

Πόλη /  
City \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ωφειλέτη /  
Debtor's Signature \_\_\_\_\_

Ημερομηνία /  
Date \_\_\_\_\_

**Για Εσωτερική Χρήση / For Company Use**

Κωδικός αναφοράς Εντολής - Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό / Mandate reference - to be completed by the Company

1.

2.

3.

4.