

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

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό /
Mandate Reference – To be completed by the creditor

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την **(Α) ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC 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 την **ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC 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.

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) ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC 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 **ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC 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 regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

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

Το ονοματεπώνυμο σας / Your name 1
Όνομα και επώνυμο οφειλέτη (-ών) / Name of the debtor(s)

Η διεύθυνση σας / Your address 2
Οδός και αριθμός / Street name and number

..... 3
Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code Πόλη / City Χώρα / Country

..... 4
Ηλεκτρονική διεύθυνση / E-mail Κινητό Τηλέφωνο / Mobile Telephone number

Όνομα Τράπεζας / Bank Name 5

Αριθμός Λογαριασμού (IBAN) / Your account number (IBAN) 6
IBAN λογαριασμού / Account number – IBAN

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού/ Creditor's name **ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD** 7

Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού/ Creditor's identifier **CY49ZZZ0206** 8

Οδός και αριθμός/ Street name and number **Εσπερίδων 15 Ταχυδρομικός Κώδικας/Postal Code 2001** 9
15, Esperidon Str.

Πόλη, Χώρα/ City, Country **Στρόβολος, Κύπρος** 10
Strovolo, Cyprus

Τύπος πληρωμής/ Type of payment Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή ή Εφάπαξ Πληρωμή 11
Recurrent payment or 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) 12
.....
Αριθμός συμβολαίου (3) / Policy Number (3) Αριθμός συμβολαίου (4) / Policy Number (4)
.....
.....

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

Σημειώσεις / Notes

1. Σε περίπτωση που μια είσπραξη δεν διεκπεραιωθεί κατά την ημερομηνία πληρωμής, η Atlantic διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει είσπραξη από την τράπεζα σε μεταγενέστερη ημερομηνία./ In case a Direct Debit is not collected by the due date, Atlantic retains the right to request the payment of the amount due from the bank at a later date.

2. Σε περίπτωση που η τράπεζα για οποιοδήποτε λόγο απορρίψει μια συναλλαγή Άμεσης Χρέωσης, συνεχίζετε να είστε υπόχρεος για την εξόφληση της οφειλής./ In case the bank rejects a Direct Debit transaction for any reason, you are still liable for settlement of the due amount.

Υπογραφή οφειλέτη / Signature(s)
Παρακαλώ υπογράψτε εδώ/ Please sign here

.....
Πόλη, Τόπος / City, Town Ημερομηνία / Date

**ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
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 form your bank.

Για υπηρεσιακή χρήση / For official use
Κωδικός Λογαριασμού/ Customer Code