

SEPA Direct Debit Mandate



Mandate reference - to be completed by the creditor

By signing this mandate form, you authorise (A) **GENERAL INSURANCE OF CYPRUS 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 **GENERAL INSURANCE OF CYPRUS LTD**.

Please state your consent, that all your payments for your claims related to any Health Insurance Policy which is in force with our company, are transferred to your bank account, details of which are stated herein below.

Yes ☐ No ☐

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.

Please complete all the fields marked *.

Your Name	*		1
Name of the debtor (s)			
Your address	*		2
Street name and number			
	*		3
Postal Code City			
	*		4
Country			
Your account number	*		5
Account number - IBAN			
	*		6
SWIFT BIC			
Creditor's name	*		7
Creditor name			
	**		8
Creditor Identifier			
	**		9
Street name and number			
	**		10
Postal Code City			
	**		11
Country			
Type of payment	*	Recurrent payment ☐ or One-off payment ☐	12
City or town in which you are signing			Date *
Location D D M M Y Y			
Please sign here	*		
Signature (s)			

(Applies to Legal Entity): I declare that this document is completed and signed by me (ID No./Passport No), as a duly authorised representative of the legal entity whose details are listed above. Therefore, all the answers and statements in this document do not concern me personally but the legal entity I represent.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor - for information purposes only

Debtor identification code		14
Write any code number here which you wish to have quoted by your bank.		
Person on whose behalf payment is made		15
Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between (NAME OF CREDITOR) 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.		
		16
Identification code of the Debtor Reference Party		
		17
Name of the Creditor Reference Party: Creditor must complete this section if collecting payment on behalf of another party		
		18
Identification code of the Creditor Reference Party		
		19
In respect of the contract		20
Identification number of the underlying contract		
		20
Description of contract		

Please return to:

Creditor's use only

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε τον/ την (Α) **ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ** 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 τον/ την **ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ**.

Παρακαλώ δηλώστε την συγκατάθεσή σας, όπως η πληρωμή των απαιτήσεων που απορρέουν από οποιοδήποτε Συμβόλαιο Υγείας που διατηρείτε με την εταιρεία μας, εμβάζεται ☐ **Ναι** ☐ **Όχι** στον τραπεζικό λογαριασμό σας, τα στοιχεία του οποίου παρατίθενται πιο κάτω.

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.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο*

Το ονοματεπώνυμό σας	*		1
		Όνομα και επώνυμο οφειλέτη (-ών)	
Η διεύθυνσή σας	*		2
		Οδός και αριθμός	
	*		3
		Ταχυδρομικός Κωδικός Πόλη	
	*		4
		Χώρα	
Ο αριθμός του λογαριασμού σας	*		5
		IBAN λογαριασμού	
	*		6
		SWIFT BIC	
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού	*		7
		Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού	
	**		8
		Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού	
	**		9
		Οδός και αριθμός	
	**		10
		Ταχυδρομικός Κωδικός Πόλη	
	**		11
		Χώρα	

Τύπος πληρωμής * Επαναλαμβανόμενη πληρωμή ☐ ή Εφάπαξ πληρωμή ☐ 12

Υπογράφηκε Ημερομηνία * 13
Πόλη/ Τόπος D D M M Y Y

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ *

(Ισχύει για Νομικό Πρόσωπο): Δηλώνω ότι το παρόν έγγραφο συμπληρώνεται και υπογράφεται από εμένα (**Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου**), ως δεόντως εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου του νομικού προσώπου, τα στοιχεία του οποίου αναγράφονται πιο πάνω. Ως εκ τούτου όλες οι απαντήσεις και δηλώσεις του παρόντος εγγράφου, δεν αφορούν εμένα προσωπικά αλλά το νομικό πρόσωπο το οποίο εκροσωπώ.

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση, την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας.

Λεπτομέρειες αναφορικά με την υποκείμενη σχέση μεταξύ του Δικαιούχου και του Οφειλέτη – αποκλειστικά για σκοπούς πληροφόρησης.

Κωδικός αναγνώρισης οφειλέτη 14
συμπληρώστε όποιον κωδικό αριθμό επιθυμείτε να χρησιμοποιεί η τράπεζά σας.

Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή 15
Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή: Εάν προβαίνετε σε πληρωμή βάσει συμφωνίας μεταξύ του {ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ} και ενός άλλου προσώπου (δηλαδή, εάν πληρώνετε για λογαριασμό άλλου προσώπου), παρακαλούμε όπως αναγράψετε το όνομα του άλλου προσώπου εδώ.

Εάν πληρώνετε για ίδιο λογαριασμό, μη συμπληρώσετε το συγκεκριμένο πεδίο

16

Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή.

17

Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται δεκτή η πληρωμή: Ο Δικαιούχος πρέπει να συμπληρώσει το παρόν τμήμα εφόσον δέχεται πληρωμή/καταβολές για λογαριασμό άλλου προσώπου

18

Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται δεκτή η πληρωμή.

19

Σχετικά με τη σύμβαση :

Κωδικός υποκείμενης σύμβασης

20

Περιγραφή σύμβασης

Να επιστραφεί σε:

Χώρος για το δικαιούχο οργανισμό