



Εντολή Άμεσης(-ων) Χρέωσης(-ων) EXΠΕ (SEPA) SEPA Direct Debit Mandate

Κωδικός Αναφοράς ανάθεσης - Συμπληρώνεται από τον δικαιούχο οργανισμό
Mandate reference- To be completed by the creditor

Με την παρούσα εξουσιοδοτείτε την (Α) **ALTIUS INSURANCE LTD** να αποστείλει οδηγίες στην τράπεζα σας για χρέωση του λογαριασμού και (Β) την τράπεζα σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από την **ALTIUS INSURANCE LTD**. Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζα σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή του ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας. Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο*.

By signing this mandate form, you authorize (A) **ALTIUS 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 **ALTIUS 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. Please complete all the fields marked*.

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

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

*
Ταχ. Κωδικός / Postal Code Πόλη / City Χώρα / Country

Ο αριθμός λογαριασμού σας *
Your account number IBAN λογαριασμού / Account number – IBAN

Όνομασία Τράπεζας / Name of bank SWIFT BIC

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού *
Creditor's name Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού / Creditor name

**
Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού / Creditor Identifier

**
Οδός και αριθμός / Street name and number

*
Ταχ. Κωδικός / Postal Codes Πόλη / City Χώρα / Country

Τύπος Πληρωμής * Επαναλαμβανόμενη πληρωμή / Recurrent payment ή Εφάπαξ πληρωμή / One-off payment
Type of payment or

Υπογράφηκε
City or town in which you are signing Πόλη / Location * Ημερομηνία / Date

Όσον αφορά το συμβόλαιο *
Σχετικά με τη σύμβαση Κωδικός υποκείμενης σύμβασης (Αριθμός συμβολαίου) / Identification number of the underlying contract (Policy number)

Περιγραφή σύμβασης / Description of contract

Υπογραφή οφειλέτη / Signature(s)

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ *
Please sign here

Σημείωση: Τα δικαιώματα αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση, την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζα σας.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Λεπτομέρειες αναφορικά με την υποκείμενη σχέση μεταξύ του Οφειλέτη- αποκλειστικά για σκοπούς πληροφόρησης.

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

Κωδικός αναγνώρισης οφειλέτη
Debtor identification code Συμπληρώστε όποιον κωδικό αριθμό επιθυμείτε να χρησιμοποιεί η τράπεζα σας / Write any code number here which you wish to have quoted by your bank

Πρόσωπο για λογαριασμό
Person on whose behalf Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται πληρωμή. Εάν προβαίνετε σε πληρωμή βάσει συμφωνίας μεταξύ της **ALTIUS INSURANCE LTD** 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.
Payment is made Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between **ALTIUS INSURANCE LTD** 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.

Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για το οποίο γίνεται δεκτή η πληρωμή. / Identification code of the Debtor Reference Party

Ο δικαιούχος πρέπει να συμπληρώσει το παρόν τμήμα εφόσον δέχεται πληρωμή / καταβολές για λογαριασμό άλλου προσώπου
Name of the Creditor Reference Party. Creditor must complete this section of collecting payment on behalf of another party

Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για το οποίο γίνεται δεκτή η πληρωμή / Identification code of the Creditor Reference Party

Να επιστραφεί σε: Χώρος για δικαιούχο οργανισμό:
Please return to: Creditor's use only: