

Εντολή Άμεσης Χρέωσης ΕΧΠΕ (SEPA) SEPA Direct Debit Mandate

Κωδικός Αναφοράς ανάθεσης - Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό/Mandate reference - to be completed by the creditor

 Πληρωμένο
Χαρτόσημο
Stamp Duty
Paid

Με την παρούσα εξουσιοδοτείτε τη (Α) Universal Life Insurance Public Co Ltd να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζα σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζα σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τη Universal Life Insurance Public Co 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 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 authorise (A) Universal Life Insurance Public Co 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 Universal Life Insurance Public Co 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 ονοματεπώνυμο σας Your name	*			
Ο αριθμός ταυτότητας σας Your identification card number	*	Όνομα και επώνυμο οφειλέτη (-ών) / Name of the debtor(s)		
Η διεύθυνση σας Your address	*	Αριθμός Ταυτότητας οφειλέτη(-ων) Debtor(s) identification card number		
Ο αριθμός λογαριασμού σας Your account number	*	Οδός και αριθμός Street name and number	Ταχυδρομικός Κωδικός Postal Code	Πόλη City
	*	Χώρα Country		
	*	IBAN λογαριασμού/ Account number - IBAN		
	*	Όνομασία Τράπεζας/ Name of Bank	SWIFT BIC/ SWIFT BIC	
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού Creditor's name		UNIVERSAL LIFE INSURANCE PUBLIC CO LTD Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού/ Creditor name		
		CY78ZZZ0072 Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού/ Creditor Identifier		
Τύπος πληρωμής Type of payment		Επαναλαμβανόμενη πληρωμή Recurrent payment		
Παρακαλώ υπογράψτε εδώ Please sign here	*	Ημερομηνία Date	*	
		Υπογράφηκε στη(ν) Signed in	*	

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 bank.

Λεπτομέρειες σχετικά με την υποκείμενη σχέση μεταξύ του Δικαιούχου και του Οφειλέτη - αποκλειστικά για σκοπούς πληροφόρησης.
Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor - for information purposes only.

Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή Person on whose behalf payment is made		Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή. Εάν προβαίνετε σε πληρωμή βάσει συμφωνίας μεταξύ της Universal Life Insurance Public Co 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. Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between Universal Life Insurance Public Co 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.
Σχετικά με τη σύμβαση In respect of the contract		Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για το οποίο γίνεται δεκτή η πληρωμή/Identification code of the Debtor Reference Party
		Κωδικός υποκείμενης σύμβασης/Identification number of the underlying contract
		Ασφάλιστρα Ζωής / Multicare / Προσωπικών Ατυχημάτων / Νοσηλευτικών Εξόδων Premium for Life Policy/Multicare/ Personal Accident / Hospital Περιγραφή σύμβασης/Description of contract

 Να επιστραφεί σε: **Universal Life Insurance Public Co Ltd**

 Χώρος για δικαιούχο οργανισμό:
Creditor's use only: