GRAWE Cyprus

GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd
Τ.Θ. 22475, 1522 Λευκωσία, Κύπρος
T: +357 22 896 000, Φ: +357 22 896 001
E: info@grawe.cy | www.grawe.cy

ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ ΕΧΠΕ (SEPA)
SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
STAMP DUTY PAID

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την (A) GRAWE Insurance Co. (Cyprus) Ltd να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (B) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τον / την GRAWE Insurance Co. (Cyprus) 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. Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο*.
By signing this mandate form, you authorise (A) GRAWE Insurance Co. (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 GRAWE Insurance Co. (Cyprus) 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
*
1

Η διεύθυνσή σας / Your address
*
2

Πόλη / City
*
3

Χώρα / Country
*
4

Τ.Κ / Post Code
*
3

Στοιχεία του λογαριασμού σας / Your account details
IBAN
*
5

SWIFT BIC
*
6

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού / Creditor's name

G R A W E I N S U R A N C E C O . (C Y P R U S) L T D

Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού / Creditor Identifier

C Y 6 4 Z Z Z 0 0 3 3

Ταχυδρομική Θυρίδα / PO Box

2 2 4 7 5

Ταχυδρομικός Κωδικός / Postal Code

1 5 2 2

Χώρα / Country

K Y Π P O Σ / C Y P R U S

Τύπος πληρωμής / Type of payment * Επαναλαμβανόμενη πληρωμή / Recurent payment ☐ ή / or Εφάπαξ πληρωμή / One-off payment ☐ 12

* Πόλη που Υπογράφηκε / City or town in wich you are signining _____ Ημερομηνία / Date _____ 13

* Παρακαλώ υπογράψτε εδώ / Please sign here _____

Υπογραφή οφειλέτη / Signature (s)

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 from your bank.

Λεπτομέρειες αναφορικά 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
15

Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή δεχτή: 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.
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.

Αρ Ταυτότητα - Διαβατηρίου - Κωδικός Αναγνώρισης / ID Number - Passport - Identification Code
16

Εάν πληρώνετε για ίδιο λογαριασμό, μη συμπληρώσετε το συγκεκριμένο πεδίο / If you are paying on your own behalf, leave blank.

Σχετικά με τη σύμβαση : / In respect of the contract: Κωδικός υποκείμενης σύμβασης / Identification number of the underlying contract
19

Περιγραφή σύμβασης / Description of contract

Α Σ Φ Α Λ Ι Σ Τ Η Ρ Ι Ο Σ Υ Μ Β Ο Λ Α Ι Ο
I N S U R A N C E P O L I C Y

Να επιστραφεί σε: / Please return to:

GRAWE Insurance Co. (Cyprus) Ltd

Χώρος για το δικαιούχο οργανισμό / Creditor's use only

800 - F - 018 / 10-2025