

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΠΛΗΡΩΜΗ ΕΞΑΓΟΡΩΝ Ή ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ

- Η αίτηση που ακολουθεί απευθύνεται προς Συμβαλλομένους για ηλεκτρονική πληρωμή των αιτημάτων τους που προκύπτουν από το ασφαλιστήριο ή ασφαλιστήρια Ζωής και Υγείας που διατηρούν με την GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd
- Η ορθή και ολοκληρωμένη συμπλήρωση της από τον Συμβαλλόμενο (δικαιούχο) θεωρείται απαραίτητη για την ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής πληρωμής.
- Η εταιρεία μπορεί να αποδεχτεί μόνο ένα λογαριασμό για να προβαίνει σε ηλεκτρονικές πληρωμές.
- Η εταιρεία θα προβαίνει σε ηλεκτρονικές πληρωμές στα αιτήματα που το επιτρέπουν οι διαδικασίες της, σε αντίθετη περίπτωση θα προχωρά με έκδοση επιταγής.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑ

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλομένου			
Όνομα Εταιρείας			
Αριθμός Ταυτότητας / Διαβατηρίου			
Διεύθυνση			
Πόλη		Ταχ. Κώδικας	
Άτομο Επικοινωνίας			
Τηλέφωνο		Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Προτεινόμενος Τρόπος Πληρωμής	☐ Μεταφορά σε Τραπεζικό Λογαριασμό		

ΤΡΑΠΕΖΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΦΟΡΑ

Τραπεζικό Ίδρυμα	
Όνομα Λογαριασμού	
Αριθμός Λογαριασμού	
SWIFT CODE	
IBAN Number	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου			
Αριθμός Ταυτότητας / Διαβατηρίου			
Διεύθυνση			
Πόλη		Ταχ. Κώδικας	
Άτομο Επικοινωνίας			
Τηλέφωνο		Ηλεκτρονική Διεύθυνση	

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Υπογραφή Συμβαλλομένου		Ημερομηνία
Αναγραφή Όνοματεπώνυμου Ολογράφως		

Σημείωση: Όπου ο Συμβαλλόμενος είναι Εταιρεία τότε θα πρέπει να υπάρχει και η σφραγίδα της Εταιρείας

Είναι σημαντικό να επισυνάψετε και τα παρακάτω έγγραφα

1. Ευδιάκριτο αντίγραφο ταυτότητας (μπροστά-πίσω) του κατόχου του τραπεζικού λογαριασμού.
2. Αντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού στο οποίο να φαίνεται ο IBAN αριθμός του κατόχου ή αντίγραφο σχετικής Βεβαίωσης που εκδίδεται από την Τράπεζα.

ΠΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ημερομηνία Καταχώρησης		Καταχώρηση από
------------------------	--	----------------