Εντολή Άμεσης(-ων) Χρέωσης(-ων) ΕΧΠΕ (SEPA)

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης - Συμπληρώνεται από τον δικαιούχο οργανισμό.

ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
...και ασφαλίζεις τον κόσμο σου!

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την (Α) ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει τον λογαριασμό σας, σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από την ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ.

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.

*Πλήρες Όνομα:

Όνομα & Επίθετο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού

*Διεύθυνση:

Οδός & Αριθμός

Ταχυδρομικός Κώδικας

Πόλη

Χώρα

*Λογαριασμός:

Αριθμός IBAN Λογαριασμού

SWIFT BIC

Επωνυμία Δικαιούχου: ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Τράπεζα

CY21ZZZ00031

Κωδικός Αναγνώρισης Δικαιούχου

ΓΡΙΒΑ ΔΙΓΕΝΗ 46

Οδός & Αριθμός

1080

Ταχυδρομικός Κώδικας

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Πόλη

ΚΥΠΡΟΣ

Χώρα

*Τρόπος Πληρωμής: ☑ Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή ☐ Εφάπαξ Πληρωμή

*Τόπος Υπογραφής:

Πόλη

Ημερομηνία

Υπογραφή κατόχου τραπεζικού λογαριασμού: _____

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

Για Εσωτερική Χρήση

Όνομα Ασφαλισμένου:

Όνομα & Επίθετο Συμβαλλόμενου (-ων)

Στοιχεία Συμβολαίου: CLN-

Κωδικός Πελάτη

Αριθμός Συμβολαίου

Περιγραφή Σύμβασης:

Α.Δ.Τ. Ασφαλισμένου:

Αριθμός Ταυτότητας Συμβαλλόμενου (-ων)