

ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ (-ΩΝ) ΧΡΕΩΣΗΣ (-ΕΩΝ) ΕΧΠΕ (SEPA) / SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης - Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε τον/ την (Α) EUROLIFE LTD να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τον/ την EUROLIFE 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.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) EUROLIFE 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 EUROLIFE 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.

Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα ακόλουθα πεδία / Please complete all the following fields.

Το ονοματεπώνυμό σας / Your name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Όνομα και επώνυμο οφειλέτη (-ών) / Name of the debtor(s)

Η διεύθυνσή σας / Your address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Οδός και αριθμός / Street name and number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ταχυδρομικός Κωδικός / Postal code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πόλη / City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Χώρα / Country

Ο αριθμός του λογαριασμού σας (IBAN) / Your account number (IBAN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN λογαριασμού / Account number - IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SWIFT BIC

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού / Creditor's name

E	U	R	O	L	I	F	E	L	T	D												
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού / Creditor identifier

C	Y	9	7	Z	Z	Z	0	0	2	1											
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Οδός και αριθμός / Street name and number. Ταχυδρομικός Κωδικός / Postal code. Πόλη / City. Χώρα / Country

E	B	P	O	Y	4		1	5	1	1											
---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Λ	Ε	Υ	Κ	Ω	Σ	Ι	Α		Κ	Υ	Π	Ρ	Ο	Σ								
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Τύπος πληρωμής / Type of payment

 Επαναλαμβανόμενη πληρωμή
Recurrent paymentor Εφάναξ
One-off payment

Υπογράφηκε / City or town in which you are signing

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πόλη, Τόπος / Location

Ημερομηνία / Date

Σχετικά με τη σύμβαση / In respect of the contract

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Αριθμός σύμβασης / Policy number

Υπογραφή οφειλέτη / Signature(s)

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ / Please sign here

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟSTAMP DUTY
PAID