

ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ (SEPA)		SEPA DIRECT DEBIT MANDATE	
<p>Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την (Α) Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία 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 την Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία. 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.</p> <p><b>Με την εντολή μου αυτή σας εξουσιοδοτώ όπως χρεώνετε τον πιο κάτω τραπεζικό λογαριασμό και πιστώνετε την Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία με το εκάστοτε οφειλόμενο ασφάλιστρο που αφορά τα συμβόλαια που φαίνονται στον πιο κάτω πίνακα.</b></p> <p><b>Σημειώσεις:</b>            Η Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία θα σας ενημερώνει για το οφειλόμενο ποσό προς είσπραξη και την ημερομηνία πληρωμής του μέσω της ετήσιας κατάστασης λογαριασμού. Σε περίπτωση που μια είσπραξη δεν διεκπεραιωθεί κατά την ημερομηνία πληρωμής, η Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει είσπραξη από την τράπεζα οποιαδήποτε μεταγενέστερη ημερομηνία και όσες φορές κρίνει αναγκαίο μέχρι την είσπραξη των οφειλών.            Σε περίπτωση που η τράπεζα για οποιοδήποτε λόγο απορρίψει μια συναλλαγή Άμεσης Χρέωσης ή προβεί σε επιστροφή ποσού που εισπράχθηκε από την Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, συνεχίζετε να είστε υπόχρεος για την εξόφληση των οφειλών. Σε περίπτωση που οι εν λόγω οφειλές δεν εξοφληθούν, η Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία θα εφαρμόζει τις διαδικασίες εξόφλησης λογαριασμών και δύναται να τερματίσει την Εντολή Άμεσης Χρέωσης καθώς και να μην αποδεχθεί νέα Εντολή.            Μπορείτε να ακυρώσετε μια Εντολή με σχετικό αίτημα σας προς την Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, εκτός και αν η Εντολή αυτή απαιτείται από τους όρους παροχής μιας υπηρεσίας. Σε περίπτωση αλλαγής στα στοιχεία της Εντολής, θα πρέπει να ενημερώσετε αμέσως την Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία.            Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε έντυπο, το οποίο μπορείτε να προμηθευτείτε από την τράπεζα σας.</p>		<p>By signing this mandate form, you authorize (A) Allianz Hellas Insurance Co S.A. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Allianz Hellas Insurance Co S.A.. 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.</p> <p><b>I hereby authorize you to debit my below bank account and credit Allianz Hellas Insurance Co S.A with the outstanding insurance premium of the policies appearing on the table below.</b></p> <p><b>Notes:</b>            Allianz Hellas Insurance Co S.A. will notify you of the amount and the due date for payment through the yearly statement of account. In case a Direct Debit is not collected by the due date, Allianz Hellas Insurance Co S.A. will continue requesting the payment of the amount due from the bank until its full recovery. In case the bank rejects a Direct Debit transaction for any reason or refunds/returns an amount already collected by Allianz Hellas Insurance Co S.A., you are still liable for settlement of the debt. If the debit is not paid, Allianz Hellas Insurance Co S.A. will take measures for non-payment of bills, may terminate the Mandate and not accept a new Mandate.            You may terminate a Mandate by notifying Allianz Hellas Insurance Co S.A, except where a Direct Debit forms a requirement under the terms of use for a particular service. In case of change in any of the Mandate information, you should notify Allianz Hellas Insurance Co S.A immediately.            Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.</p>	
Όνοματεπώνυμο Name			
Διεύθυνση Address	Οδός και αριθμός(Street)		
	Πόλη (City)	Ταχ. Κώδ. (Postal Code)	
Στοιχεία Λογαριασμού Account Details	Τράπεζα Bank Name		
	IBAN		
	SWIFT BIC		
Δικαιούχος Οργανισμός Creditor	Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία - CY65ZZZ0209 Allianz Hellas Insurance Co S.A		
Τύπος Πληρωμής Type of Payment	Επαναλαμβανόμενη (Recurrent) ___ Εφάπαξ (One-off) ___		
Αριθμός Συμβολαίων Policy Number			
Υπογραφή Signature	Ημερομηνία Date		

