

ΕΝΤΟΛΗ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ (SEPA) / SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Με την παρούσα εξουσιοδοτείτε (Α) την **MetLife Europe d.a.c.** 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 την **MetLife Europe d.a.c.**

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.

Οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο, θα μεταφερθούν από την **MetLife Europe d.a.c.** στην **MetLife International Holdings LLC**, μέλος του Ομίλου **MetLife** στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.), για σκοπούς διαχείρισης και επεξεργασίας των πληρωμών που πραγματοποιούν οι πελάτες μας και γενικά για λογιστικούς, οικονομικούς και άλλους σχετικούς σκοπούς. Η **MetLife International Holdings LLC**, θα δεσμεύσει επίσης ορισμένους υπεργολάβους στις Η.Π.Α., οι οποίοι ενδέχεται να έχουν πρόσβαση σε τέτοια δεδομένα για σκοπούς πληροφορικής και άλλου είδους υποστήριξης. Σε καμία περίπτωση δεν θα μεταφερθούν ευαίσθητα δεδομένα. Η έγκριση του Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα έχει ληφθεί για τη συγκεκριμένη μεταφορά και η ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα θα εφαρμόζεται σε συνεχή βάση.

By signing this mandate form, you authorise (A) **MetLife Europe d.a.c.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from **MetLife Europe d.a.c.**

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.

The information which you provide by completing this form will be transferred by **MetLife Europe d.a.c.** to another member of the **MetLife Group** in the United States of America, **MetLife International Holdings LLC**, for the purpose of administering and processing payments made by its customers and generally for accounting, financial and other related purposes. **MetLife International Holdings LLC** is also engaging certain subcontractors in the USA who may have access to such data for IT and support purposes. No sensitive data will be transferred at any time.

The approval of the Commissioner for the Protection of Personal Data has been obtained for this transfer and the applicable Data Protection Law will be complied with at all times.

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ/DATA BANK A/C OWNER

Πλήρες όνομα/Full name

Όνοματεπώνυμο/Name

Όνομα πατρός/Father's name

Ημερ. Γέννησης (κάτοχου λογαριασμού)
DOB (Bank account owner)

Τόπος Γέννησης/Place of Birth

Διεύθυνση/Address

Οδός και αριθμός/Street name and number

Ταχυδρομικός κωδικός/Postal code. Πόλη/City

Χώρα/Country

Τράπεζα/Bank

Τράπεζα/Bank

Αριθμός λογαριασμού (IBAN)
Account number (IBAN)

IBAN λογαριασμού/Account number IBAN

SWIFT BIC

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού/
Creditor's name

Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου
οργανισμού/Creditor identifier

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

Ν Ι C O S I A C Y P R U S

Τύπος πληρωμής/Type of payment

☐ Επαναλαμβανόμενη πληρωμή
Recurrent payment ☐ Εφάπαξ
One - off payment

Τόπος Υπογραφής/City or town in which
you are signing

Πόλη Τόπος/Location

Ημερ./Date

Σχετικά με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο
in respect of the contract

Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου/Policy number

Υπογραφή κατόχου τραπεζικού λογαριασμού
Signature(s) Bank account owner

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ/Please sign here.

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την 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.

Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου
Insured Name

Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου
Policy number

ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ
ΠΛΗΡΩΤΕΟ

STAMP DUTY
PAID