

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΜΕΣΩ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Προς: ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΠΕΛΑΤΩΝ INTERAMERICAN

Fax: 210 946 1074

Στοιχεία Πιστωτικής Κάρτας

Είδος πιστωτικής κάρτας:

- INTERAMERICAN MASTERCARD
 MASTERCARD (ΕΚΤΟΣ INTERAMERICAN)
 VISA

Όνοματεπώνυμο κατόχου κάρτας: _____

Αριθμός πιστωτικής κάρτας:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ημ/νια λήξης πιστωτικής κάρτας:

□	□	/	□	□
---	---	---	---	---

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ	ΚΛΑΔΟΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ	ΑΦΜ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Με την παρούσα **εξουσιοδοτώ** την αρμόδια για το συμβόλαιό μου από τις παρακάτω Εταιρίες:

- INTERAMERIKAN ELLHNIKH ASFALISTIKH ETAIRIA ZΩΗΣ Α.Ε.
- INTERAMERIKAN ELLHNIKH ETAIRIA ASFALISΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.
- INTERAMERIKAN ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

όπως προβαίνει στην εξόφληση των οφειλομένων ασφαλίσεων των παραπάνω αναφερομένων ασφαλιστηρίων συμβολαίων ή των συμβολαίων που θα εκδοθούν βάσει των κάτωθι αναφερομένων προτάσεων ασφάλισης με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με τα ανωτέρω στοιχεία, καθώς και της όποιας κάρτας εκδίδεται σε ανανέωση αυτής.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους παρακάτω όρους:

1. Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι της παραλαβής από την Εταιρία (έως και 5 εργάσιμες ημέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής) εγγράφου δηλώσεώς μου, η οποία θα ανακαλεί την παρούσα.
2. Η παρούσα εξουσιοδότηση αναιρεί κάθε προηγούμενη εντολή χρέωσης με άλλη πιστωτική κάρτα.

Τόπος

Ημερομηνία

Υπογραφή