

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ / ΜΕΤΑΒΟΛΗ / ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΠΑΓΙΑΣ ΕΝΤΟΛΗΣ ΓΙΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΜΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ**

Προς: Διεύθυνση Ταμειακής Διαχείρισης & Εισπράξεων

Email: creditcard@interamerican.gr
Fax: 210 946 1074**Στοιχεία Κατόχου Λογαριασμού**Όνοματεπώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.:

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

Κινητό :

E-mail :

@

Στοιχεία Τραπεζικού ΛογαριασμούIBAN:

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

Στοιχεία Συμβολαίου

Αριθμός συμβολαίου

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου

.....

.....

- Εξουσιοδοτώ** από τις παρακάτω ασφαλιστικές Εταιρίες, εκείνη που εκδίδει το συμβόλαιό μου:
INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.
INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.
INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού μου με τα στοιχεία που δηλώνω. Επίσης, θα ενημερώσω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία του λογαριασμού.

- Μεταβάλλω** τα στοιχεία της προηγούμενης εντολής μου για την εξόφληση των ασφαλίσεων του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού μου, με τα νέα στοιχεία που δηλώνω.

- Ανακαλώ** την προηγούμενη πάγια εντολή μου για την εξόφληση των ασφαλίσεων του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού μου, με τα στοιχεία που δηλώνω.

η η / μ μ / ε ε ε ε
Ημερομηνία

Υπογραφή κατόχου