INTERAMERICAN

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

Προς: Διεύθυνση Ταμειακής Διαχείρισης & Εισπράξεων

Email: creditcard@interamerican.gr
Fax: 210 946 1074

Στοιχεία Κατόχου Κάρτας / Λογαριασμού

Ονοματεπώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Στοιχεία Κάρτας Πληρωμών

Είδος: ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ DINERS / AMEX

Αριθμός: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Ημ/νία λήξης: ☐☐ / ☐☐

Στοιχεία Τραπεζικού Λογαριασμού

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Στοιχεία Συμβολαίου

Αριθμός συμβολαίου ……..

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου ……

☐ **Επιλογή εξόφλησης με μηνιαίες δόσεις, σε πιστωτική κάρτα μόνο.**

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

να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με χρέωση της κάρτας πληρωμών μου ή του τραπεζικού λογαριασμού μου με τα στοιχεία που δηλώνω, καθώς και όποιας κάρτας εκδίδεται σε αντικατάστασή της. Επίσης, θα ενημερώσω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία της κάρτας.

☐ **Μεταβάλλω** τα στοιχεία της προηγούμενης εντολής μου για την εξόφληση των ασφαλίστρων του παραπάνω ασφαλιστήριου συμβολαίου, με χρέωση της κάρτας πληρωμών μου ή του τραπεζικού λογαριασμού μου, με τα νέα στοιχεία που δηλώνω.

☐ **Ανακαλώ** την προηγούμενη πάγια εντολή μου για την εξόφληση των ασφαλίστρων του παραπάνω ασφαλιστήριου συμβολαίου, με χρέωση της κάρτας πληρωμών μου ή του τραπεζικού λογαριασμού μου, με τα στοιχεία που δηλώνω.

Η Εταιρία εκτελεί τη μεταβολή ή την ανάκληση προηγούμενης πάγιας εντολής, εφόσον την παραλάβει τουλάχιστον 15 μέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής των ασφαλίστρων. Σε διαφορετική περίπτωση, η εντολή ισχύει από την ημερομηνία της επόμενης οφειλής.

η η / μ μ / ε ε ε ε
Ημερομηνία

_____
Υπογραφή κατόχου

Βεβαιώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή και ότι η υπογραφή του εγγράφου έγινε παρουσία μου.

Ονοματεπώνυμο	Υπογραφή	Κωδικός Ασφ.Διαμεσολαβητή