

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ
ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΚΑΡΤΑΣ**

(Παρακαλούμε συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Προς: Εξυπηρέτηση Πελατών Anytime

E-mail: auto@anytime.gr

Fax: 210 9462078

Στοιχεία Κάρτας

Κάτοχος: _____

A.Φ.Μ.: _____

Είδος: VISA MASTERCARD

Αριθμός: _____

Ημερομηνία λήξης: _____ / _____

Στοιχεία Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

Αριθμός: _____

Λήπτης Ασφάλισης
(Συμβαλλόμενος): _____

Επιλογή εξόφλησης: Εφάπαξ Μηνιαίες δόσεις **(μόνο με πιστωτική κάρτα)**

Εξουσιοδοτώ την Εταιρία «INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.» να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του παραπάνω Ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με χρέωση της κάρτας μου με τα στοιχεία που δηλώνω, καθώς και όποιας κάρτας εκδίδεται σε αντικατάστασή της.

Ενημερώθηκα επίσης, ότι ανάκληση αυτής της πάγιας εντολής μπορεί να πραγματοποιηθεί **μέχρι και 15 ημερολογιακές μέρες** πριν από την ημερομηνία οφειλής του παραπάνω Ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

η η / μ μ / ε ε ε ε

Ημερομηνία

Υπογραφή κατόχου κάρτας