

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

(Παρακαλούμε συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

**Προς: Εξυπηρέτηση Πελατών Anytime**

**E-mail: health@anytime.gr**

**Fax: 210 9462077**

**Στοιχεία Κάρτας**

Κάτοχος: \_\_\_\_\_

A.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_

Είδος:  VISA  MASTERCARD

Αριθμός: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία λήξης: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Στοιχεία Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου**

Αριθμός: \_\_\_\_\_

Συμβαλλόμενος: \_\_\_\_\_

Συχνότητα πληρωμής:  Ετήσια  Εξάμηνη

Τρίμηνη

Μηνιαία

**Εξουσιοδοτώ** τις Εταιρίες «INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΩΗΣ Α.Ε.» & «INTERAMERIKAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ» να εξοφλούν 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