



Εντολή / Εξουσιοδότηση [Χρέωσης Πιστωτικής Κάρτας]

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την PRIME INSURANCE CO. LTD να χρεώνει την πιστωτική μου κάρτα με το ποσό των εκάστοτε οφειλόμενων ασφαλιστρών του Ασφαλιστηρίου που αιτούμαι να εκδοθεί με βάση την επισυναπτόμενη Πρόταση Ασφάλισης. Η εξουσιοδότηση αυτή ισχύει και για κάθε ανανέωση του Ασφαλιστηρίου μέχρι την παραλαβή από την Εταιρία (έως και 5 εργάσιμες ημέρες πριν την ημερομηνία οφειλής) εγγράφου δήλωσής μου που θα την ανακαλεί.

Όνοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο Κινητό ΑΦΜ

Αρ. Πρότασης Ασφάλισης ή Ασφαλ. Συμβολαίου

Τύπος Κάρτας

VISA

MASTERCARD

Τράπεζα

Αρ. Κάρτας

CVV

(Ο τριψήφιος αριθμός στο πίσω μέρος της κάρτας)

Ημερ/νία Λήξης Κάρτας

 /

Επιθυμώ η χρέωση της κάρτας μου να γίνεται σύμφωνα με τον τρόπο πληρωμής που έχω επιλέξει και στην Πρόταση Ασφάλισης, δηλαδή:

Ετησίως Κάθε 6 μήνες Κάθε 3 μήνες Κάθε μήνα

Αποδέχομαι και αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την PRIME INSURANCE CO. LTD γραπτά, κάθε φορά που αλλάζει η περίοδος ισχύος της πιστωτικής κάρτας ή ο αριθμός αυτής.

Ημερ/νία
(Ημέρα/Μήνας/Ετος)

Ο Δηλών
(Υπογραφή)