

Προς: Τμήμα Ταμειακής Διαχείρισης & Εισπράξεων, Prime Insurance Co. Ltd.  
Email: pagiaentoli@primeins.gr  
Fax: 212 212 7894

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΧΟΥ ΚΑΡΤΑΣ / ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Α.Φ.Μ.: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΤΑΣ ΠΛΗΡΩΜΩΝ**

Είδος: ☐ VISA ☐ MASTERCARD  
Αριθμός: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Ημ/νία Λήξης: 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**

Αριθμός Συμβολαίου: \_\_\_\_\_  
Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου: \_\_\_\_\_

☐ Επιλογή εξόφλησης με μηνιαίες δόσεις (ισχύει μόνο για εξόφληση με πιστωτική κάρτα)

Πλήθος Δόσεων: \_\_\_\_\_

**Σημείωση:** Ο αριθμός των δόσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τη διάρκεια του συμβολαίου

**Επιλέξτε την επιθυμητή ενέργεια δια της παρούσης:**

☐ **Εξουσιοδοτώ** την PRIME INSURANCE Co. Ltd. που εκδίδει το συμβόλαιό μου: να προχωρεί στην εξόφληση των ασφαλίσεων του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, με χρέωση της κάρτας πληρωμών μου ή του τραπεζικού λογαριασμού μου με τα παραπάνω αναγραφόμενα στοιχεία, καθώς και οποιασδήποτε κάρτας εκδίδεται σε αντικατάστασή της. Επίσης, θα ενημερώνω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία της κάρτας.

☐ **Ανακαλώ** την προηγούμενη πάγια εντολή μου για την εξόφληση των ασφαλίσεων του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με χρέωση της κάρτας πληρωμών μου, με τα νέα στοιχεία που έχω συμπληρώσει παραπάνω.

☐ **Αποδέχομαι** ότι η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην παρούσα γίνεται αποκλειστικά για το σκοπό της παρούσας και σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία.

Η Εταιρία εκτελεί την αιτούμενη μεταβολή ή την ανάκληση προηγούμενης πάγιας εντολής, εφόσον παραλάβει το σχετικό αίτημα εγγράφως τουλάχιστον 15 μέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής των ασφαλίσεων. Σε διαφορετική περίπτωση, η εντολή μεταβολής ή ανάκλησης πάγιας εντολής ισχύει από την ημερομηνία της επόμενης οφειλής.

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

Υπογραφή Κατόχου: \_\_\_\_\_

