Groupama
Ασφαλιστική

GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ - ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ
Α.Φ.Μ.: 094077039 - Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ, ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 12892/05/Β/86/72, ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 227401000
Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 213-215, 171 21 ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ • **Τηλ.:** 210 3295 111, Fax: 210 3239 135 • CALL CENTER: 800 11 93800
info@groupama-phoenix.com • **www.groupama.gr**

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ / ΜΕΤΑΒΟΛΗ / ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Ονοματεπώνυμο κατόχου: _____

Α.Φ.Μ. κατόχου: _____

Είδος: VISA ☐ MASTERCARD ☐ Τράπεζα: _____

Αρ. Πιστ. Κάρτας: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| **Ημ. Ληξ.** |_|_| |_|_|

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ

Αριθμός Συμβολαίου	Ονοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου

☐ **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** την **Ασφαλιστική Εταιρία Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε.** να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου κατά τις ημερομηνίες οφειλής τους, με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με τα στοιχεία που δηλώνω παραπάνω.

☐ **ΜΕΤΑΒΑΛΛΩ** τα στοιχεία της προηγούμενης εντολής μου για την εξόφληση των ασφαλίστρων του/των παραπάνω ασφαλιστήριου/ων, με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας, με τα νέα στοιχεία που δηλώνω.

☐ **ΑΝΑΚΑΛΩ** την προηγούμενη πάγια εντολή μου για την εξόφληση των ασφαλίστρων του/των παραπάνω ασφαλιστήριου/ων, με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας, 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 την επόμενης οφειλής.

Ημερομηνία: ..... /..... /.....

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ουσα: .....**Υπογραφή:** .....