

**ΔΕΛΤΙΟ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ  
ΓΙΑ ΧΡΕΩΣΗ ΧΡΕΩΣΤΙΚΗΣ Ή ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ**

**ΠΡΟΣ ΤΗΝ  
ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ**

- 1. MASTERCARD**
- 2. VISA**
- 3. DINERS**
- 4. AMERICAN EXPRESS**

Ο παρακάτω αναφερόμενος και υπογράφων εξουσιοδοτώ με την παρούσα την Ατλαντική Ένωση να χρεώνει τον λογαριασμό της χρεωστικής ή πιστωτικής μου κάρτας με το ποσό που προκύπτει από την ασφάλιση.

**A) ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΩΝ**

1. Αριθμός συμβολαίου ή κυκλοφορίας .....
2. Αριθμός συμβολαίου ή κυκλοφορίας .....
3. Αριθμός συμβολαίου ή κυκλοφορίας .....

**B) ΠΥΡΟΣ & ΣΥΝΑΦΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ**

1. Αριθμός συμβολαίου .....
2. Ασφαλιζόμενο ακίνητο .....

**Γ) ΚΛΑΔΟΥ ΖΩΗΣ**

1. Αριθμός συμβολαίου .....
2. Όνομα ασφαλισμένου .....

**Δ) ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ** ( αναφέρετε είδος ασφάλισης αριθμό συμβολαίου ή όνομα ασφαλιζόμενου)

.....  
.....

Η χρέωση αυτή θα γίνεται πάντα σύμφωνα με τους όρους και τις διατάξεις της σύμβασης χορήγησης της κάρτας μου. Δηλώνω ότι αποδέχομαι από τώρα όλες τις σύμφωνα με την παρούσα χρεώσεις ως νόμιμες και ισχυρές. Αποδέχομαι ακόμη ότι σε περίπτωση μη πληρωμής του λογαριασμού της κάρτας μου, να σταματήσει χωρίς άλλη ειδοποίηση μου ή κατά την παρούσα χρέωση του λογαριασμού.

Η παρούσα εξουσιοδότηση, με την επιφύλαξη της αμέσως προηγούμενης διάταξης συμφωνείται ανέκκλητη, ως αφορώσα στο συμφέρον όλων των μερών.

**ΕΠΩΝΥΜΟ** .....

**ΟΝΟΜΑ** .....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ** .....

**ΕΙΔΟΣ ΚΑΡΤΑΣ** .....

**ΤΡΑΠΕΖΑ** .....

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ** .....

**ΠΟΛΗ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΤΟΧΟΥ**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Συμπληρώσατε κατά περίπτωση τον αριθμό συμβολαίου, αριθμό κυκλοφορίας αυτ/του , την διεύθυνση των ασφαλισμένων ακινήτων ή το όνομα ασφαλισμένων για το κλάδο Ζωής. Διαγράψατε όσες ασφαλίσεις δεν σας αφορούν.

**Τηλ. επικοινωνίας 210 7454083-085-086**

**Φαχ αποστολής της αίτησης 210 7454244**

**Email: [collect@atlantiki.gr](mailto:collect@atlantiki.gr)**