



Έντυπο 1 – Πληρωμή ασφαλίσεων μέσω κάρτας

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Αριθμός κάρτας	Ημερ. Λήξης
Όνομα κατόχου κάρτας:	
Είδος κάρτας: Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/>	

Προς: Γενικές Ασφάλειες Κύπρου Λτδ

Με την εντολή αυτή εξουσιοδοτώ τις Γενικές Ασφάλειες Κύπρου Λτδ όπως χρεώνουν την πιο πάνω κάρτα μου με την αντίστοιχη χρέωση που αναλογεί στο ποσό του ασφαλίστρου και πιστώνουν το πιο πάνω Ασφαλιστήριο.

Συμφωνώ ότι:

- 1) Οι Γενικές Ασφάλειες Κύπρου Λτδ δικαιούνται κατά την απόλυτη κρίση τους, σε περίπτωση που δεν μπορεί να διενεργηθεί πληρωμή λόγω μη διαθέσιμου υπολοίπου στην κάρτα μου και χωρίς ειδοποίηση να ακυρώσουν την εντολή αυτή.
- 2) Νοείται ότι με γραπτή επιστολή μου προς τις Γενικές Ασφάλειες Κύπρου Λτδ έχω το δικαίωμα να ακυρώσω την εντολή αυτή καθώς και με γραπτή εντολή μου, που θα παραδίδεται πριν τη διενέργεια συγκεκριμένης πληρωμής, να μη διενεργηθεί τούτη.
- 3) Σε περίπτωση αλλαγής του αριθμού της πιο πάνω κάρτας μου ή μεταφοράς της σε άλλο κατάστημα, η εντολή αυτή θα εξακολουθεί να ισχύει.
- 4) Σε περίπτωση αλλαγής οποιουδήποτε από τα πιο πάνω στοιχεία αναλαμβάνω να σας ειδοποιώ γραπτώς αμέσως.
- 5) Το ποσό που θα αποκόπτεται θα αντιπροσωπεύει τα εκάστοτε οφειλόμενα ασφάλιστρα με βάση το πιο πάνω Ασφαλιστήριο.
- 6) Σε περίπτωση απαίτησης για αποζημίωση και ανεξάρτητα από τη συμφωνία αποπληρωμής, όλο το υπόλοιπο ανείσπρακτων ασφαλίσεων κατά την ημερομηνία διευθέτησης της απαίτησης εξοφλείται πλήρως έναντι του ποσού της απαίτησης.

Το ασφάλιστρο θα αποκόπτεται σε: 1 6 12 μηνιαίες δόσεις

Υπογραφή κατόχου κάρτας	Αρ. ταυτότητας	Ημερομηνία
-------------------------	----------------	------------