



Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών: Τ. 210 9303800



eurolife.gr



eurolifeconnect.gr

Κωδικός Συνεργάτη Κωδικός Πωλητή
Αρ. Αίτησης
Αντισυμβαλλόμενος Α.Φ.Μ
.....

Πάγια Εντολή Αυτόματης Εξόφλησης Ασφαλίσεων

Αριθμός Λογαριασμού Αριθμός Πάγιας Εντολής

Ο υπογράφων δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την Τράπεζα Eurobank A.E.(εφεξής «Τράπεζα») να χρεώνει αυτομάτως τον παραπάνω τραπεζικό λογαριασμό, με το ποσό των εκάστοτε οφειλόμενων ασφαλίσεων, όπως καθορίζονται από το προς έκδοση Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (καθώς και από τις τυχόν ανανεώσεις του ή τροποποιήσεις του) με την Eurolife FFH ΑΕΑΖ. Η παρούσα εντολή ισχύει μέχρι την έγγραφη ανάκλησή της και την κοινοποίησή της στην «Τράπεζα». Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους της πάγιας εντολής που αναγράφονται παρακάτω.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου Λογαριασμού

Υπογραφή Δικαιούχου Λογαριασμού

Για την Τράπεζα Eurobank A.E.

Όροι Πάγιας Εντολής

- Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης εξόφλησης οποιασδήποτε δόσης ασφαλίσεων, επειδή δεν υπάρχει διαθέσιμο υπόλοιπο στον λογαριασμό, η Eurolife FFH ΑΕΑΖ δύναται να επιδιώκει την είσπραξή της με κάθε νόμιμο τρόπο.
- Ο χρεούμενος τραπεζικός λογαριασμός θα πρέπει να έχει επαρκές διαθέσιμο υπόλοιπο τουλάχιστον μία (1) ημέρα πριν την ημερομηνία πληρωμής της κάθε δόσης ασφαλίσεων. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει υπόλοιπο η Τράπεζα δεν υποχρεούται να ενημερώσει τον εντολέα.
- Η παρούσα παύει να ισχύει μόλις γνωστοποιηθεί εγγράφως στην Τράπεζα ο θάνατος του εντολέα ή η ανάκληση της πάγιας εντολής. Επίσης, η πάγια εντολή παύει να ισχύει από την επόμενη της εγγράφου κοινοποίησης στην Τράπεζα από την Eurolife FFH ΑΕΑΖ κατάστασης με τις περιπτώσεις που η αίτηση ασφάλισης ακυρώθηκε, το ασφαλιστήριο δεν εκδόθηκε ή έληξε, καθώς και τις περιπτώσεις που άλλαξε ο τρόπος πληρωμής.
- Για την εξόφληση δόσεων ασφαλίσεων με χρέωση τραπεζικού λογαριασμού τρίτου προσώπου, η εντολή υπογράφεται τόσο από τον δικαιούχο του τραπεζικού λογαριασμού, όσο και από τον υπόχρεο για την εξόφληση των ασφαλίσεων ή τον πιστούμενο πελάτη. Αντί του τελευταίου μπορεί να υπογράψει εκπρόσωπός του βάσει έγγραφης εξουσιοδότησης, θεωρημένη αρμοδίως για το γνήσιο της υπογραφής του.
- Η Τράπεζα δεν ευθύνεται για τυχόν λάθη στο ποσό της χρέωσης του λογαριασμού του πελάτη, εφόσον αυτά δεν γίνονται από υπαιτιότητά της. Η ευθύνη βαρύνει αποκλειστικά την Eurolife FFH ΑΕΑΖ.
- Η Τράπεζα διατηρεί το δικαίωμα να κλείσει τον λογαριασμό του εντολέα, εφόσον συντρέχουν νόμιμοι λόγοι προς τούτο.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο Συνεργάτη

Υπογραφή Συνεργάτη

Eurolife FFH AEAZ

Αθήνα: Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή, Τ.Κ. 105 64

Θεσσαλονίκη: Λέοντος Σοφού 18, 3^{ος} όροφος, Τ. 2310 592880, Τ.Κ. 546 25

ΑΦΜ: 094240124, Αρ. ΓΕΜΗ: 121651960000

EUROLIFE FFH

A FAIRFAX Company



Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών: Τ. 210 9303800



eurolife.gr



eurolifeconnect.gr

Κωδικός Συνεργάτη Κωδικός Πωλητή
Αρ. Αίτησης
Αντισυμβαλλόμενος Α.Φ.Μ

Εξουσιοδότηση Χρέωσης Πιστωτικής / Χρεωστικής Κάρτας

Ο υπογράφων την παρούσα δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την Eurolife FFH AEAZ να χρεώνει την πιστωτική / χρεωστική μου κάρτα τύπου:

VISA MASTERCARD MAESTRO

με αριθμό*:

**εφόσον η συναλλαγή επιτρέπεται από την κάρτα σας*

Ημερομηνία λήξης:

με το ποσό των εκάστοτε οφειλομένων ασφαλιστρών, όπως καθορίζονται στο προς έκδοση Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (καθώς και από τις τυχόν ανανεώσεις ή τροποποιήσεις του) από την Eurolife FFH AEAZ. Η παρούσα εξουσιοδότηση δεν λήγει σε περίπτωση λήξης του χρόνου διάρκειας της πιστωτικής / χρεωστικής κάρτας, αλλά ισχύει και για τη νέα κάρτα που θα εκδοθεί σε ανανέωση της παλιάς κάρτας. Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι την έγγραφη ανάκλησή της και την κοινοποίησή της στην Eurolife FFH AEAZ.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο Κατόχου Κάρτας

Υπογραφή Κατόχου Κάρτας