ΑΤΕ Ασφαλιστική
ΕΤΑΙΡΙΑ ΟΜΙΛΟΥ ΑΤΕΒΑΝΚ
Κοντά σας, ό,τι κι αν τύχει.

ATEbank
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

Δήλωση Αλλαγής Στοιχείων και Εξουσιοδότηση για Αυτόματη Εξόφληση Ασφαλίστρων μέσω Λογαριασμού ATEbank ή Πιστωτικής Κάρτας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ SN :

ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: _____ **ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:** _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ **ΟΝΟΜΑ:**_____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:** _____

ΑΡιθ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: |__|__| (δύο ψηφία) |__|__|__|__|__|__| (έξι ψηφία) **ΑΦΜ:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__| (εννέα ψηφία)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ – ΟΔΟΣ:_____ **ΑΡΙΘΜΟΣ:**_____

ΠΟΛΗ – ΝΟΜΟΣ: _____ **ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ:** |__|__|__|__|__|

ΤΗΛ. (σταθερό) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **ΤΗΛ.(κινητό) :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E mail: _____

ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ

Επιθυμώ να εξυπηρετούμαι στο εξής από το **Κατάστημα ATEbank** . . . . . **ΚΑ** . . . . .

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Αποδέχομαι, να εξοφλείται το ποσό των ασφαλίστρων μου, όπως αυτό προκύπτει από το ως άνω Ασφαλιστήριο Συμβόλαιό μου με την ΑΤΕ Ασφαλιστική μέσω του Τραπεζικού Λογαριασμού μου ή μέσω της Πιστωτικής μου Κάρτας, όπως αναφέρονται παρακάτω.
Με την παρούσα παρέχω την εντολή και πληρεξουσιότητα στην ΑΤΕ Ασφαλιστική:

☐ Να χρεώνει το λογαριασμό μου στην ATEbank με το σύνολο των μικτών ασφαλίστρων:

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ: (τέσσερα ψηφία) |__|__|__|__|

ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ: (δεκατρία ψηφία) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

* Προσοχή στους λογαριασμούς Ταμιευτηρίου με περιορισμένο αριθμό αναλήψεων (π.χ. ΕΡΜΗΣ)

☐ Να χρεώνει την Πιστωτική μου Κάρτα με το σύνολο των μικτών ασφαλίστρων:

ΑΡΙΘ.ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ: |__|__|__|__| (τέσσερα ψηφία) |__|__|__|__| (τέσσερα ψηφία) |__|__|__|__| (τέσσερα ψηφία) |__|__|__|__| (τέσσερα ψηφία)

ΜΗΝΑΣ – ΕΤΟΣ ΛΗΞΗΣ : |__|__| (δύο ψηφία) |__|__| (δύο ψηφία)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Δικαιούχου Κάρτας **: _____

** Να γραφεί ΟΠΩΣ ΑΚΡΙΒΩΣ αναγράφεται στην πιστωτική κάρτα (με λατινικά στοιχεία)

Ημερομηνία ___/ ___/ _____

Ο Δηλών-Εξουσιοδοτών _____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ATEbank

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΤΟΛΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

|__|__|__|__|__|__|

Ο Υπεύθυνος

_____

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ATEbank - ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Οδηγίες – Διευκρινήσεις για τον Πελάτη
Για την καλύτερη εξυπηρέτησή σας θυμηθείτε:

1. Η παρούσα έχει **ισχύ Υπεύθυνης Δήλωσης-Αίτησης (άρθρο 8 Ν.1599/1986)** και οι δηλώσεις γίνονται με ατομική ευθύνη του αιτούντος σύμφωνα με τα όσα προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986.
2. Ο Λήπτης ασφάλισης, πρέπει υποχρεωτικά να είναι Δικαιούχος του Λογαριασμού Ταμιευτηρίου ή Κάτοχος της Πιστωτικής Κάρτας, αντίστοιχα, μέσω των οποίων θα καταβάλλονται τα Ασφάλιστρα στην ΑΤΕ Ασφαλιστική
3. Κατά την περίπτωση που η Αίτησή σας, αφορά στον **τρόπο πληρωμής** μέσω:
   - **Λογαριασμού Ταμιευτηρίου** θα πρέπει να υποβάλετε συνημμένα φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του Βιβλιαρίου του Τραπεζικού σας Λογαριασμού (Δικαιούχοι Λογαριασμού)
   - **Πιστωτικής Κάρτας** θα πρέπει να υποβάλετε συνημμένα φωτοτυπία της πρόσθιας όψης της Κάρτας σας