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

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

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

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ **ΟΝΟΜΑ:**_____

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

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

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

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

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

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

E mail: _____

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, πέντε (5) εργάσιμες μέρες πριν από την έναρξη της ασφάλισής μου.
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**

___/ ___/ _____ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

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

Ο Παραλαβών για την ΑΤΕ Ασφαλιστική:

_____

Υπογραφή:

_____

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.