

Προς Universal Life
Τμήμα Ατυχημάτων και Υγείας
Τ.Θ. 21270
1505 Λευκωσία

Αγαπητοί κύριοι

Με την παρούσα δίδω την συγκατάθεση μου όπως, η πληρωμή των απαιτήσεων μου κάτω από το Διεθνές Σχέδιο Υγείας "MultiCare" με αριθμό 41-..... εμβάζονται στο λογαριασμό μου τα στοιχεία του οποίου παραθέτω πιο κάτω:

Στοιχεία Τραπεζικού Λογαριασμού	
Όνομα Τραπεζικού Οργανισμού	
Αριθμός Λογαριασμού	
Διεθνής Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού / IBAN*	
<small>*Το IBAN του λογαριασμού σας είναι 28ψήφιος αριθμός που μπορείτε να βρείτε στην μηνιαία κατάσταση του λογαριασμού σας.</small>	
Πλήρες όνομα Κατόχου Λογαριασμού (με αγγλικούς χαρακτήρες)	
Σημείωση Η τράπεζα σας, εκτός από τις χρεώσεις που επωμίζεται η Universal Life, πιθανόν κατά την παραλαβή του εμβάσματος στο δικό σας λογαριασμό, να χρεώνει επιβάρυνση. Για περαιτέρω διευκρινήσεις παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την τράπεζα σας.	
Στοιχεία Επικοινωνίας	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση <small>(να σημειωθεί αν επιθυμείτε ηλεκτρονική ενημέρωση)</small>	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Με εκτίμηση

Ημερομηνία

Υπογραφή.....

.....

Πλήρες Όνομα.....

Αριθμός Ταυτότητας.....

Για νομικά πρόσωπα παρακαλούμε όπως το έντυπο υπογράφεται από εξουσιοδοτημένα πρόσωπα και σφραγιστεί με την σφραγίδα της Εταιρείας.