

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 42-..... 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 (να σημειωθεί αν επιθυμείτε ηλεκτρονική ενημέρωση)	
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.