MEDICOVER
UBEZPIECZENIA

UPOWAŻNIENIE DO OBCIĄŻANIA KARTY KREDYTOWEJ
AUTHORIZATION FOR CREDIT CARD DEDUCTION

Niniejszym upoważniam Medicover Försäkrings AB (publ) - reprezentowane przez Oddział w Polsce (zwany dalej Medicover Ubezpieczenia) do obciążania mojej karty kredytowej kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty, zgodnie z Ogólnymi Warunkami Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Medycznego Medicover.
I hereby authorise Medicover Försäkrings AB (publ) - represented by Branch in Poland (referred hereafter as Medicover Ubezpieczenia) to deduct from my credit card the amounts resulting from my contractual obligations of payments dates in accordance with General Terms of Medicover Individual Medical Insurance.

Nazwisko
Surname

Imię
Name

Ulica
Street

Numer domu
House number

Numer mieszkania
Flat number

Kod pocztowy
Zip code –

Miejscowość
Town

Potrącenie może nastąpić nie wcześniej niż w terminie zapłaty określonym w umowie z Medicover Ubezpieczenia
The deduction may occur not earlier than the payment term shown in the agreement with Medicover Ubezpieczenia

Oświadczam również, że upoważnienie utrzymuje swojż moc w przypadku przedłużenia ważności mojej karty medycznej na następny okres.
I also declare that this authorization remains valid should I renew my medical plan for a subsequent period.

Nazwisko posiadacza karty
Surname of cardholer

Imię posiadacza karty
Name of cardholder

Rodzaj karty kredytowej
Type of credit card

Visa
Visa

Mastercard
Mastercard

Data ważności karty
Expiration date MM – RRRR

Numer karty kredytowej
Credit card number

Zobowiązuję się do regulowania opłat przelewem bankowym lub przekazem pocztowym w przypadku utraty ważności karty lub zaistnienia innej przyczyny uniemożliwiającej dokonania ww. potrącenia należności przez Medicover Ubezpieczenia. W przypadku zmiany karty lub daty ważności karty prosimy o kontakt z Zespołem ds. Windykacji pod numerem telefonu 22 592 70 00.
Should the credit card expire or should Medicover Ubezpieczenia be unable to deduct the above-mention amount from my credit card for any other reason,I will pay the invoiced amounts through bank or postal transfers. In the case of changing the card or its expiry date, please contact the Debt Collection Team on 22 592 70 00.

Miejsce i data
Place and date

Podpis posiadacza karty
Signature of cardholder