

# Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

## Insurance policy application

**Versicherungsnehmer/Zahlungspflichtiger** (vollständiger Firmenwortlaut und Anschrift):  
**Policyholder/payer** (please provide the company's full name and address):

.....  
.....  
.....

**Wir beantragen auf Grundlage des Angebotes Nr.** ..... vom .....  
einen Versicherungsvertrag mit der ACREDIA Versicherung AG (im Folgenden „Versicherer“). Die Versicherungsbedingungen und Bestimmungen über die Prämienfestsetzung haben wir bereits erhalten und zur Kenntnis genommen. An diesen Antrag halten wir uns sechs Wochen gebunden.

**We wish to apply for an insurance policy with ACREDIA Versicherung AG (hereinafter “the Insurer”) on the basis of**  
**offer no.** ..... dated ..... We confirm that we have received and accept the policy terms and conditions and the provisions governing the calculation of premiums. This application shall remain binding for six weeks.

**Versicherungsbeginn**  
**Start of insurance period**

.....  
.....  
.....

**Deckungsbeginn**  
**Start of coverage**

Uns ist bekannt, dass der Versicherungsschutz frühestens zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt beginnt. Eine vorläufige Deckung wird nicht gewährt.  
We acknowledge that coverage will only be provided from the date specified on the insurance certificate, and that provisional coverage will not be provided prior to that date.

**E-Mail-Adresse für Kreditentscheidungen:**  
**Email address for credit limit notifications:** .....

**E-Mail-Adresse für Rechnungen:**  
**Email address for invoices:** .....

**SEPA-Lastschriftmandat** für wiederkehrende Zahlungen  
**SEPA direct debit mandate** for recurring payments

**Zahlungsempfänger:**  
**Recipient:**

1. ACREDIA Versicherung AG, Himmelpfortgasse 29, 1010 Wien, Österreich, Creditor-ID: AT30 ZZZ 000 0000 8320
2. ACREDIA Services GmbH, Himmelpfortgasse 29, 1010 Wien, Österreich, Creditor-ID: AT73 ZZZ 000 0000 8322

1. ACREDIA Versicherung AG, Himmelpfortgasse 29, 1010 Vienna, Austria, creditor ID: AT30 ZZZ 000 0000 8320
2. ACREDIA Services GmbH, Himmelpfortgasse 29, 1010 Vienna, Austria, creditor ID: AT73 ZZZ 000 0000 8322

**Mandatsreferenzen:** werden von den Zahlungsempfängern noch bekanntgegeben.

**Mandate references:** to be provided by the payment recipient.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die ACREDIA Versicherung AG und die ACREDIA Services GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der ACREDIA Versicherung AG und der ACREDIA Services GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Pre-Notification (Vorinformation über die SEPA-Lastschrift) kann bis zu **5 Tage** vor Fälligkeit der SEPA-Lastschrift erfolgen.

I/We hereby authorise ACREDIA Versicherung AG and ACREDIA Services GmbH to debit payments to my/our account by means of SEPA direct debit. I/We also undertake to instruct my/our bank to honour requests made by ACREDIA Versicherung AG and ACREDIA Services GmbH for SEPA direct debit payments from my/our account. I/We may demand refund of such payments within eight weeks of the debit date, subject to the conditions agreed with my/our bank. Pre-notification of SEPA direct debits may be transmitted up to **five days** prior to the debit date.

IBAN: .....

BIC: .....

---

**Ort/Datum**  
**Place/Date**

---

**Firmenmäßige Fertigung**  
Firmenstempel (oder Firmenwortlaut in Blockbuchstaben)  
und Unterschrift eines Zeichnungsberechtigten  
**Authorised signature**  
Company stamp (or company name in capital letters)  
and signature of an authorised signatory