

Insurance policy application

Zahtevek za sklenitev zavarovalne pogodbe

Policyholder/payer (please provide the company's full name and address):

Zavarovalec/plačnik (celotno ime podjetja in naslov):

.....

.....

.....

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.

Na podlagi ponudbe št. z dne vlagamo zahtevek za sklenitev zavarovalne pogodbe pri družbi ACREDIA Versicherung AG (v nadaljevanju: »zavarovatelj«). Prejeli smo zavarovalne pogoje in določbe o določitvi premije ter smo z njimi seznanjeni. Zahtevek nas zavezuje šest tednov.

Start of insurance period

Začetek zavarovanja

.....

.....

.....

Start of coverage

Začetek kritja

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.

Seznanjeni smo z dejstvom, da zavarovalno kritje ne začne veljati prej kot na dan, naveden v zavarovalni polici. Predhodno kritje ni zagotovljeno.

Email address for credit limit notifications:

E-poštni naslov za obvestila o kritju:

Email address for invoices:

E-poštni naslov za račune:

SEPA direct debit mandate for recurring payments

Pooblastilo za direktne bremenitve SEPA za periodična plačila

Recipient:

Prejemnik plačila:

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

1. ACREDIA Versicherung AG, Himmelpfortgasse 29, 1010 Dunaj, Avstrija, Creditor-ID (ID upnika): AT30 ZZZ 000 0000 8320
2. ACREDIA Services GmbH, Himmelpfortgasse 29, 1010 Dunaj, Avstrija, Creditor-ID (ID upnika): AT73 ZZZ 000 0000 8322

Mandate references: to be provided by the payment recipient.

Reference pooblastila: prejemniki plačil jih bodo še sporočili.

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.

Pooblaščaj/-o zavarovalnico ACREDIA Versicherung AG in družbo ACREDIA Services GmbH, da lahko s pomočjo obremenitve SEPA z mojega/našega računa odteguje plačila. Hkrati svojo kreditno ustanovo pooblaščaj/pooblaščajmo, da z mojega/našega računa poravna direktne obremenitve SEPA za družbi ACREDIA Versicherung AG in ACREDIA Services GmbH. Povračilo obremenilnega zneska lahko zahtevam/-o v roku osmih tednov, ki se začne z dnem obremenitve. Pri tem veljajo pogoji moje/naše kreditne ustanove. Prejemnik plačil lahko posreduje predhodno obvestilo (obvestilo o datumu in znesku obremenitve SEPA) plačniku do **5 dni** pred zapadlostjo obremenitve SEPA.

IBAN:

BIC:

Place/Date
Kraj/Datum

Authorized signature
Company stamp (or company name in capital letters)
and signature of an authorised signatory
Podpis in žig
Žig podjetja (ali ime podjetja s tiskanimi črkami)
in podpis pooblaščenih oseb