

# Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

**Versicherungsnehmer/Zahlungspflichtiger** (vollständiger Firmenwortlaut und Anschrift):

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

**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.

**Versicherungsbeginn**

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

**Deckungsbeginn**

Uns ist bekannt, dass der Versicherungsschutz frühestens zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt beginnt. Eine vorläufige Deckung wird nicht gewährt.

**E-Mail-Adresse für Kreditentscheidungen:** .....

**E-Mail-Adresse für Rechnungen:** .....

**SEPA-Lastschriftmandat** für wiederkehrende Zahlungen

**Zahlungsempfänger:**

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

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

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.

IBAN: ..... BIC: .....

---

**Ort und Datum**

---

**Firmenmäßige Fertigung**  
(Name in Blockbuchstaben)