

Insurance policy application

Zahtjev za sklapanje ugovora o osiguranju

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

Podaci ugovaratelja osiguranja/ platitelja (puni naziv tvrtke i adresa):

.....

.....

.....

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 temelju ponude br. **od**

podnosimo zahtjev za sklapanjem ugovora o osiguranju s ACREDIA Versicherung AG (nadalje "Osiguratelj"). Zaprimili smo i upoznati smo s Općim uvjetima osiguranja te uvjetima za izračun premije. Ovim zahtjevom vezani smo šest tjedana.

Start of insurance period

Početak osigurateljnog razdoblja

.....

.....

.....

Start of coverage

Početak osiguranja

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.

Upoznati smo da osigurateljno pokrće počinje najranije na dan naveden u polici osiguranja. Pokrće prije tog datuma se ne odobrava.

Email address for insurance policy:

Adresa e-pošte za ugovor o osiguranju:

Email address for credit limit notifications:

Adresa e-pošte za odluke o kreditima:

Email address for invoices:

Adresa e-pošte za račune:

SEPA direct debit mandate for recurring payments
SEPA mandat izravnog terećenja za periodična plaćanja

Recipient:

Primatelj plaćanja:

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 Beč, Austrija, Creditor-ID (ID vjerovnika): AT30 ZZZ 000 0000 8320
2. ACREDIA Services GmbH, Himmelpfortgasse 29, 1010 Beč, Austrija, Creditor-ID (ID vjerovnika): AT73 ZZZ 000 0000 8322

Mandate references: to be provided by the payment recipient.

Referencije mandata: bit će naknadno objavljene od primatelja plaćanja

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.

Ovime opunomoćujem/o osiguratelje ACREDIA Versicherung AG i društvo ACREDIA Services GmbH da s mojeg/našeg računa naplati sredstva pomoću SEPA izravnog terećenja. Istovremeno upućujem/o svoju/našu kreditnu instituciju, da isplati SEPA izravna terećenja koja će ACREDIA Versicherung AG i ACREDIA Services GmbH s povući mojeg/našeg računa. Imam/o pravo unutar osam tjedana, počevši s datumom terećenja, tražiti povrat terećenog iznosa. Pritom vrijede oni uvjeti koje sam/smo ugovorili s mojom/našom kreditnom institucijom. Pre-Notification (obavijest koja prethodi SEPA izravnome terećenju) moje uslijediti do **5 dana** prije dospijeća SEPA izravnog terećenja.

IBAN:

BIC:

Place/Date
Mjesto/datum

Authorised signature
Company stamp (or company name in capital letters)
and signature of an authorised signatory
Pravovaljani potpis
Pečat poduzeća (ili naziv poduzeća velikim tiskanim slovima)
i potpis ovlaštene osobe