

## Schutz vor Insolvenzanfechtung

### Antrag auf Abschluss einer Insolvenzanfechtungsversicherung als Ergänzung zur Warenkreditversicherung (Add-on / AFV-K)

**1.** Wir beantragen hiermit den Abschluss einer **Insolvenzanfechtungsversicherung** als Ergänzung zu unserer Warenkreditversicherung (Primärversicherungsvertrag). Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Insolvenzanfechtungsversicherung als Ergänzung zur Warenkreditversicherung AFV-K 2024 V.01.

**Vertragsbeginn** ab dem 01. \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr; frühestens Monat der Antragstellung); die Laufzeit des 1. Versicherungsjahres richtet sich nach dem aktuellen Versicherungsjahr im Primärversicherungsvertrag (falls erforderlich, nimmt der Versicherer unter-/überjährige Anpassungen vor).

**1.1** Bestehende Warenkreditversicherung (**Primärversicherungsvertrag**), Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

**1.2 Mitversicherte**, für die die Insolvenzanfechtungsversicherung ebenfalls gelten soll (Versicherungsschutz in der Insolvenzanfechtung besteht im Rahmen einer gemeinsamen Versicherungssumme für den Versicherungsnehmer und folgende Versicherte):

\_\_\_\_\_

**1.3 Insolvenzanfechtungsversicherungssumme (= Höchstentschädigung) pro Versicherungsjahr in EUR**

75.000	150.000	250.000	500.000	1 Mio.	1,5 Mio.	2 Mio.	2,5 Mio.	5 Mio.	_____
Variante 1	Variante 2	Variante 3	Variante 4	Variante 5	Variante 6	Variante 7	Variante 8	Variante 9	Variante 10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Gewünschte Deckung bitte ankreuzen; höhere Versicherungssummen als 5 Mio. EUR bis max. 10 Mio. EUR auf Anfrage)

**Jahresprämie** (zzgl. Versicherungsteuer): EUR \_\_\_\_\_

**Länder**, die zusätzlich eingeschlossen sind (Abschnitt 3.1 b) AVB): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kunden**, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind (Abschnitt 4 AVB)

Firma \_\_\_\_\_ EHID \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Eingeschränkter Versicherungsschutz** für Kunden mit Versicherungssummen im Rahmen der Selbstprüfung in der Primärversicherung (Abschnitt 5 AVB):

EUR \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Insolvenzanfechtungserklärung:

Ist Ihnen eine Insolvenzanfechtungserklärung bekannt?  ja  nein

Haben Sie in den letzten 4 Jahren vor Antragsstellung Insolvenzanfechtungserklärungen erhalten?  ja  nein

Falls ja, benennen Sie bitte den Kunden und den Insolvenzanfechtungsbetrag:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abweichender Zeitraum für die Einhaftung (Abschnitt 3.2 AVB) Jahre \_\_\_\_\_

Abweichender Gesamtbetrag für den Versicherungsschutz für Kunden bei denen die Insolvenz bereits vor Vertragsbeginn beantragt war (Abschnitt 3.2 a) AVB) EUR \_\_\_\_\_

Abweichender Zeitraum für die Aushaftung (Abschnitt 2 AVB): Jahre \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**2. Anwendbares Recht und zuständige Aufsichtsbehörde**

Auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

**3. SEPA Mandat für die Prämie**

Wir ermächtigen Euler Hermes Deutschland Niederlassung der Euler Hermes SA, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Euler Hermes Deutschland Niederlassung der Euler Hermes SA auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
Zahlungsart	Wiederkehrende Zahlung	
Angaben Ihres Kreditinstituts	<b>Bankkontonummer im IBAN-Format</b> <input type="text"/> Die IBAN-Nummer wird als Ihre einmalige Mandatsreferenz verwendet	
	<b>BIC</b> <input type="text"/>	
Angaben Euler Hermes	<b>Euler Hermes Deutschland Niederlassung der Euler Hermes SA</b> Name des Zahlungsempfängers	
	<b>DE85ZZZ00001433069</b> Gläubiger-Identifikationsnummer	
	<b>Gasstraße 29</b> Straße und Hausnummer	
	<b>22761</b> Postleitzahl	
	<table border="1"> <tr> <td><b>Deutschland</b> Land</td> <td><b>Hamburg</b> Stadt</td> </tr> </table>	<b>Deutschland</b> Land
<b>Deutschland</b> Land	<b>Hamburg</b> Stadt	

**4. Konto für Entschädigungsleistungen**

Entschädigungsleistungen bezüglich der Insolvenzanfechtungsversicherung sind auf das dafür im oben angegebenen Primärversicherungsvertrag genannte Konto zu zahlen.

**5. Abtretung**

Die im Primärversicherungsvertrag angegebene Abtretung der Ansprüche an \_\_\_\_\_ (Bank) soll auch für diese Insolvenzanfechtungsversicherung gelten.  ja  nein

**Bindungsfrist:** Wir halten uns an unseren Antrag für zwei Monate gebunden.

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Insolvenzanfechtungsversicherung wurden uns ausgehändigt  ja,  nein.

Die Hinweise zum Datenschutz Warenkreditversicherung haben wir gelesen und zur Kenntnis genommen  ja,  nein.

---

Ort und Datum

---

Firmenstempel und Unterschrift

Euler Hermes Deutschland  
Niederlassung der Euler Hermes SA  
22746 Hamburg  
Hausanschrift:  
Gasstraße 29, 22761 Hamburg

Tel. +49 (0) 40/88 34-0  
Fax +49 (0) 40/88 34-77 44  
info.de@allianz-trade.com  
www.allianz-trade.de

Commerzbank AG, Hamburg  
IBAN: DE46200800000915760800  
BIC: DRESDEFF200  
UCI: DE85ZZZ00001433069

Hauptbevollmächtigter:  
Aemilius Wilhelmus Bogaerts  
Sitz der Niederlassung: Hamburg  
Registergericht: Hamburg HRB 133354  
USt-ID-Nr. DE 815 517 982  
VersSt.-Nr. 817/V90817039524

Hauptsitz: Euler Hermes SA, 56 avenue des Arts, 1000 Brüssel, Belgien  
Rechtsform: Société anonyme (Aktiengesellschaft nach belgischem Recht),  
Registre des Personnes Morales (Brüssel): Registernummer 0403.248.596  
Belgische Versicherungsgesellschaft von der belgischen National Bank unter Nr. 418 zugelassen