

Unfall-Versicherung

- ✓ Unfall-Versicherung mit Invaliditätszahlung
- ✓ Unfall-Rente mit 24 Stunden-Unfallschutz

Interne Vermerke: Versicherungs-Nr.: _____ Agt.-Nr.: _____
 BP: ohne ja nein
 Vermittelt durch: **080/30656**
 Neu Änderung
Steffen Höper
Generalagentur
Bahnhofstr. 25
38536 Meinersen

**Freiraum
zur Bearbeitung**

Versicherungsnehmer (Anfragender): (Bitte in Druckschrift ausfüllen.)

Firma, Titel, Nachname: _____ Geburtstag: _____ Frau Herr Eheleute Firma
 Vorname(n): _____ E-Mail: _____
 Straße, Hausnummer: _____ Telefon: _____
 PLZ: _____ Ort: _____

Gewünschter Versicherungsbeginn:
(0.00 Uhr – frühestens ab Eingang bei der Uelzener) _____

Versicherungsdauer:
 10 Jahre (inkl. 20% Laufzeitrabatt) 5 Jahre (inkl. 10% Laufzeitrabatt) 1 Jahr (ohne Laufzeitrabatt)

Zahlungsweise:
 vierteljährlich (3-Monats-Beitrag) halbjährlich (3% Rabatt bei SEPA-Lastschrift) jährlich (5% Rabatt bei SEPA-Lastschrift)

Hinweis: Die Zahlung des 3-Monats-Beitrags ist nur per SEPA-Lastschrift möglich! Die halbjährliche bzw. jährliche Zahlung ist auch per Überweisung – dann allerdings ohne Rabatte – möglich. Das SEPA-Lastschriftmandat befindet sich im Anhang dieser Angebotsanfrage. Das Mandat ist erst mit der Unterschrift des Kontoinhabers gültig und kann jederzeit widerrufen werden. Versicherungsleistungen werden auf das angegebene Konto überwiesen, falls keine abweichende Vereinbarung getroffen wird. Sollte der Vertrag nicht zustande kommen, wird das erteilte Mandat hinfällig und nicht verwendet.

per SEPA-Lastschrift zum 1. des Fälligkeitsmonats zum 15. des Fälligkeitsmonats
 per Rechnung

ANGEBOT 1: Unfall-Versicherung mit Invaliditätszahlung (mit 350 % Progression)

Diese Versicherung sichert den Lebensunterhalt, wenn Sie als Elternteil oder Partner durch einen Unfall vorübergehend oder auf Dauer erhebliche Einkommenseinbußen erleiden – und schützt gleichzeitig vor finanziellen Belastungen, die bei einem möglichen Invaliditätsfall, z. B. auch der Kinder durch Unfall auf Sie zukommen können. Daher liegt nichts näher, als die ganze Familie gemeinsam abzusichern, denn Unfälle können bekanntlich jeden von uns treffen – egal ob Groß oder Klein.

3-Monats-Beiträge für:
(bei 10-jähriger Vertragslaufzeit und inkl. 19 % Vers.-Steuer)

	Erwachsene	Kinder
Unfall-Krankenhaustagegeld (UKHTG)	0,2467 EUR pro 1 EUR	0,1096 EUR pro 1 EUR
Leistung bei 100 % Invalidität	0,1878 EUR pro 1.000 EUR	0,0735 EUR pro 1.000 EUR
Leistung bei Todesfall	0,1503 EUR pro 1.000 EUR	0,0939 EUR pro 1.000 EUR

Unsere Vorschläge für Schnellentschlossene:

- Vorschlag 1 – Nur ein Erwachsener – ohne Kinder:**
 48 EUR Unfall-Krankenhaustagegeld und 210.000 EUR Invaliditätszahlung bei 100 % Invalidität. **53,54 EUR/3-Monats-Beitrag**
- Vorschlag 2 – Für zwei Erwachsene/Eltern – und bis zu zwei Kinder:**
 Erwachsene: 48 EUR Unfall-Krankenhaustagegeld und 210.000 EUR Invaliditätszahlung bei 100 % Invalidität.
 Kinder: 140.000 EUR Invaliditätszahlung bei 100 % Invalidität – bei Fahrradunfällen zusätzlich:
 15 EUR Unfall-Krankenhaustagegeld – beim Tragen eines Fahrradhelms
 inkl. Bergungskosten bis 5.000 EUR **63,83 EUR/3-Monats-Beitrag**

Die im Vorschlag 2 genannten Leistungen für die Erwachsenen/Eltern können auch zwischen den Partnern aufgeteilt werden:

1/2 Mann – 1/2 Frau 2/3 Mann – 1/3 Frau 1/3 Mann – 2/3 Frau

(Sofern hier keine andere Auswahl getroffen wurde, gilt bei mehr als einem Erwachsenen das Verhältnis 1/2 Mann – 1/2 Frau)

Bei mehreren Kindern teilt sich die Invaliditätssumme durch die Anzahl der Kinder am Schadentag. Ab einer Invaliditätssumme (zu 100 %) von 125.000 EUR sind bei Fahrradunfällen beitragsfrei mitversichert: 15 EUR Unfall-Krankenhaustagegeld je Kind mit unbegrenzter Leistungsdauer, wenn das Kind durch einen Fahrradhelm geschützt war. Ab einem 3-Monats-Beitrag von 30 EUR sind Bergungskosten bis 5.000 EUR beitragsfrei mitversichert.

Bei Beantragung der Vorschläge bitte nicht vergessen die Namen der versicherten Personen unten in die Tabelle einzutragen.

Gewünscht wird folgender individueller Versicherungsschutz:

Versicherte Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Unfall-Krankenhaustagegeld (UKHTG)		Leistung bei 100 % Invalidität		Leistung bei Todesfall		Summe der Einzel-Beiträge EUR
		UKHTG EUR	3-Monats-Beitrag EUR	Gewünschte Leistung EUR	3-Monats-Beitrag EUR	Gewünschte Leistung EUR	3-Monats-Beitrag EUR	
1. Erwachsener:								
2. Erwachsener:								
1. Kind:								
2. Kind:								
3. Kind:								

Summe aller 3-Monats-Beiträge:
(inkl. Versicherungssteuer und Laufzeitrabatte)

Bitte keinen Textmarker (oder Ähnliches) verwenden! – Dokument wird elektronisch archiviert! – Original für die Uelzener/Durchschriften für den Vermittler und den Versicherungsnehmer (Anfragenden)

Angebot 2: Unfall-Rente

Die gewünschte Unfall-Rente bezieht sich auf 100% Invalidität bei 350% Progression. Sie wird lebenslang – anteilig bereits ab 1% Invalidität nach der sog. Gliedertaxe – gezahlt. Das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag eines unfallbedingten stationären Krankenhaus- oder Klinikaufenthaltes gezahlt – ab dem 1. Tag mit unbegrenzter Leistungsdauer. Das Genesungsgeld wird im Anschluss an das Krankenhaustagegeld gezahlt – für die gleiche Anzahl von Tagen und in derselben Höhe, wie auch das Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt wurde.

Unfall-Rente – 3-Monats-Beiträge			
Bei 100% Invalidität	Je Erwachsenem		Je Kind
	24 Stunden	Nur Freizeit	24 Stunden
500 EUR Rente	18,92 EUR	14,10 EUR	11,25 EUR
1.000 EUR Rente	37,84 EUR	28,20 EUR	22,49 EUR
1.500 EUR Rente	56,76 EUR	42,30 EUR	33,74 EUR
2.000 EUR Rente	75,68 EUR	56,41 EUR	44,98 EUR

Krankenhaustage- und Genesungsgeld – 3-Monats-Beiträge			
25 EUR	7,52 EUR	5,63 EUR	4,70 EUR
50 EUR	15,03 EUR	11,27 EUR	9,39 EUR
75 EUR	22,55 EUR	16,90 EUR	14,09 EUR
100 EUR	30,06 EUR	22,53 EUR	18,78 EUR

(Jeweils bei 10-jähriger Vertragslaufzeit und inkl. 19% Vers.-Steuer)

Gewünscht wird folgender individueller Versicherungsschutz:

Versicherte Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Unfall- schutz	Unfall-Rente		Unfall-Krankenhaustage- und Genesungsgeld		Summe der Einzel-Beiträge EUR
			Monatliche Rente in EUR	3-Monats- Beitrag EUR	Tagessatz EUR	3-Monats- Beitrag EUR	
1. Erwachsener:		<input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> nur Freizeit					
2. Erwachsener:		<input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> nur Freizeit					
1. Kind:		<input checked="" type="checkbox"/> 24 Stunden					
2. Kind:		<input checked="" type="checkbox"/> 24 Stunden					
3. Kind:		<input checked="" type="checkbox"/> 24 Stunden					
Summe aller 3-Monats-Beiträge: (inkl. Versicherungssteuer und Laufzeitarbätte)							

Zu Angebot 1 und 2: Bestehen bei den genannten, zu versichernden Personen Krankheiten oder Gebrechen?

nein ja, folgende zur Person:

(Falls Platz nicht ausreichend, bitte gesondertes Blatt beifügen.)

Name, Vorname:	
Name, Vorname:	
Name, Vorname:	
Name, Vorname:	
Name, Vorname:	

Bemerkungen:

Wichtig: Schlusserklärung mit Unterschrift

Nachdem ich das Angebot in Form der Versicherungspolice mit allen Unterlagen erhalten und den Erstbeitrag innerhalb von zwei Wochen bezahlt habe, kommt der Vertrag zustande. **Danach kann ich den Vertrag innerhalb von zwei Wochen widerrufen.** Eventuell bereits geleistete Beiträge werden mir zurückerstattet. Die auf der Rückseite dieser Angebotsanfrage befindlichen Grundlagen, insbesondere die Einwilligungsklausel zur Datenverarbeitung, habe ich vor meiner Unterschrift zur Kenntnis genommen; sie werden wichtiger Bestandteil des Angebotes der Uelzener. Für die Erteilung vom Versicherer gewünschter Auskünfte entbinde ich die konsultierten Ärzte von der Schweigepflicht. **Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer je nach Verschulden berechtigen kann, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.**

Die Uelzener Versicherungen und der für mich zuständige Vermittler sind berechtigt, meine Daten **zu Werbe- und Informationszwecken in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten** mittels Brief zu nutzen. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese meine Daten auch zu den genannten Werbe- und Informationszwecken

- **per Telefon** ja nein
 - **per E-Mail** ja nein

nutzen dürfen. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken durch die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. und den für mich zuständigen Vermittler jederzeit telefonisch (Tel. 0581 8070-0), schriftlich in Briefform (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G., Postfach 2163, 29511 Uelzen) oder per E-Mail (info@uelzener.de) widersprechen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Vers.Nehmer (Anfragender), ggf. gesetzl. Vertreter: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Vermittler/-in: _____

Vertragsgrundlagen und Erläuterungen sowie Schlusserklärung und Einwilligungsklausel zur Datenverarbeitung

» Allgemeines

- Es ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung auf die Gesellschaft, selbstständig Deckungszusagen abzugeben.
- Die Beiträge sind entsprechend der Zahlungsweise im Voraus zu bezahlen. Bei 3-monatlicher Zahlungsweise ist Lastschrift erforderlich. Es kann auch jährliche oder halbjährliche Zahlung vereinbart werden. Bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates werden in diesem Fall zusätzliche Rabatte gewährt.
Über den ersten Einzug von Zahlungen und bei Änderungen von Zahlungen wird der zahlungspflichtige Kontoinhaber spätestens fünf Tage vor Lastschritteinzug informiert (Pre-Notification).
- Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf (längstens nach drei Jahren) um jeweils ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf von einem der beiden Vertragspartner schriftlich gekündigt wird. Ist eine mehr als 3-jährige Dauer vereinbart, kann der Vertrag zum Ende des dritten oder darauf folgender Jahre unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden.

Der Versicherungsvertrag wird nach deutschem Recht abgeschlossen. Die folgenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, Klauseln und Risikobeschreibungen – jeweils in der zum Zeitpunkt der Annahme dieser Angebotsanfrage gültigen Fassung – liegen dem Vertrag zugrunde. Zusätzlich gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

» Unfallversicherung

- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen der Uelzener [AUB]
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)
- Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle [BB Freizeit]
- Besondere Bedingungen für Rentenzahlungen in der namentlichen Allgemeinen Unfallversicherung [BB Rente]
- Besondere Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherung [BB KIUV]

Versicherungsunfähigkeit gem. Ziff. 4 AUB

- I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

Ermächtigung zur Unfallversicherung

Ich ermächtige die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte und Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung und Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Das gilt für die Zeit vor Antragsaufnahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme.

Die Uelzener Versicherungen dürfen auch Ärzte, die die Todesursache feststellten, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

» Schlusserklärung

Die Fragen in der Angebotsanfrage habe ich vollständig und richtig beantwortet. Ich weiß, dass der Versicherungsschutz sonst gefährdet ist. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer je nach Verschulden berechtigen kann, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen und Klauseln (wie aufgeführt) sowie die Satzung der Uelzener Allgemeine Versicherungs-

Gesellschaft auf Gegenseitigkeit werden mir mit dem Angebot zugestellt. Ich erkenne diese Bedingungen und Klauseln an, wenn ich den Erstbeitrag bezahle und innerhalb von zwei Wochen meinen Vertrag nicht widerrufe.

» Einwilligungsklausel zur Datenverarbeitung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Darüber hinaus zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Mit Ihrer Einwilligung erlauben Sie uns, Ihre personenbezogenen Daten über den gesetzlich zwingenden Rahmen hinaus zu den ausdrücklich genannten Zwecken, die der ordnungsgemäßen Bearbeitung Ihrer Versicherungsangelegenheit dienen, zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen.

Die Einwilligung ist ab dem Zeitpunkt der Angebotsstellung wirksam. Sie wirkt unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollte die Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt. Die Einwilligung zu Werbezwecken kann jederzeit widerrufen werden.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten
Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Angebotsstellung genannt habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Uelzener Versicherungen (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G., Uelzener Rechtsschutz

Schadenservice GmbH), um die Anliegen im Rahmen der Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Uelzener Versicherungen, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt, um die Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Weitergabe dieser Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH), zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer, außerdem zur Weitergabe an andere Versicherer, um den Versicherungsmissbrauch bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung der Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis zu verhindern; dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag zustande gekommen ist oder nicht;
7. zur Beratung und Information per Brief über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen sowie rund um das Thema Tier durch den Versicherer, andere Unternehmen der Uelzener Versicherungen und den für mich zuständigen Vermittler;
8. zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der Uelzener Versicherungen oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscure, Creditreform, SCHUF). Dies kann ggf. zur Nichtannahme der Angebotsanfrage bzw. des Antrages führen;
9. zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der Uelzener Versicherungen oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT für wiederkehrende Zahlungen

Bitte senden Sie uns dieses Formular
per Fax an: 0581 8070451
als Anlage einer Email an: as1@uelzener.de
oder per Post (s. Adressfeld auf der Rückseite)

Kunden-Nummer*:

* Gilt für alle unter der oben genannten Kunden-Nummer bestehenden Verträge.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers):

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G.
Veerßer Straße 65/67 · 29525 Uelzen | DEUTSCHLAND
Tel. 0581 8070-0 | Fax 0581 8070-451 | as1@uelzener.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000118549

Ich ermächtige die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Uelzener Versicherungs-Gesellschaft a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 5-tägige Frist für die Information, sofern sich dies nicht aus den zur Verfügung gestellten Informationen/Unterlagen ergibt, vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Vorname und Name des zahlungspflichtigen Kontoinhabers:

(Hinweis: Versicherungsnehmer/Anfragender und Kontoinhaber müssen identisch sein.)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

- SEPA-Lastschrift zum 1. des Fälligkeitsmonats
 SEPA-Lastschrift zum 15. des Fälligkeitsmonats

Name und Ort des Kreditinstitutes:

Falls IBAN nicht zur Hand:

BIC – (kann entfallen, wenn IBAN mit DE beginnt)

Bankleitzahl:

IBAN – (max. 22stellig)

Konto-Nr.:

1. Unterschrift zum SEPA-Lastschriftmandat

Ort, Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers (Versicherungsnehmer/Anfragender):

2. Unterschrift zur Einverständniserklärung

Ich stimme dem Einzug meiner Beiträge gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat bereits ab dem ersten Beitrag ausdrücklich zu. Mit Einlösung des Beitrags kommt der Vertrag / kommen die Verträge rechtswirksam zustande.

Ort, Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers (Versicherungsnehmer/Anfragender):

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Uelzener Versicherungen
Team AS 1
Postfach 2163
29511 Uelzen

—

—