SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT
für wiederkehrende Zahlungen

Uelzener
Mensch.Tier.Wir.

Partner-Nummer*:

Bitte senden Sie uns dieses Formular
- **per Fax an: 0581 8070-248**
- **als Anlage einer E-Mail an: info@uelzener.de**
- **oder per Post an die unten genannte Anschrift.**

Vielen Dank.

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

Ich ermächtige die **Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Veerßer Str. 65/67 in 29525 Uelzen, Deutschland** (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000118549), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Uelzener Allgemeine 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.

Versicherungsnehmer:

Vorname(n):

Nachname(n):

Straße: Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Kontoinhaber - sofern abweichend vom Versicherungsnehmer:

Vorname(n):

Nachname(n):

Gewünschte Zahlungsweise:

(Eine unterjährige Zahlungsweise ist ab 20 € pro Zahlung möglich, der Einzug der Folgeprämie erfolgt zum 1. des Fälligkeitsmonats.)

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Name und Ort des Kreditinstitutes: **BIC:**

IBAN (22-stellig):

1. Unterschrift zum SEPA-Lastschriftmandat

Ort, Datum: Unterschrift des Kontoinhabers:

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:

☐ **Bei Einreichung durch Versicherungsmakler:** „Uns liegt gemäß unserer AGB und Maklervollmacht die Bevollmächtigung des VN vor, Ihnen diese Daten zu übermitteln.“ **Dem Einzug der Beiträge gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat - bereits ab dem ersten Beitrag - wird ausdrücklich zugestimmt.**

Ort, Datum: Unterschrift des Versicherungsmaklers:

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Veerßer Straße 65/67
29525 Uelzen

Tel. 0581 8070-0
Fax 0581 8070-248
www.uelzener.de
info@uelzener.de

Vorstand:
Imke Brammer-Rahlfs (Vorsitzende)
Bernd Fischer (Stv.), Joachim Unger
Aufsichtsratsvorsitzende:
Susanne Treiber

Amtsgericht Lüneburg HRB 120469
USt-IdNr.: DE 116 681 647
StNr.: 47 207 00011
StNr. beim BZSt: 809/V90809020562

Commerzbank AG
IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00
BIC: COBADEFF249
Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000118549