

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT für wiederkehrende Zahlungen

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.

Partner-Nummer\*:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers):

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

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000118549

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

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 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 erst ab 20,- € pro Zahlung möglich.)

- Einzug zum 1. des Fälligkeitsmonats   
  monatlich   
  halbjährlich  
 Einzug zum 15. des Fälligkeitsmonats   
  vierteljährlich   
  jährlich

**Name und Ort des Kreditinstitutes:**

**BIC:**

**IBAN (max. 22stellig):**

**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:  
 Dr. Theo Hölischer (Vorsitzender)  
 Imke Brammer-Rahfs  
 Bernd Fischer

Aufsichtsratsvorsitzender:  
 Gerhard Schulz  
 Registergericht: AG Lüneburg HR B 120469  
 USt-IdNr.: DE 116 681 647  
 StNr.: 47 207 00011

Steuer-Nr. beim BZSt: 809/V90809020562  
 Bankverbindung: Commerzbank AG  
 IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00  
 BIC: COBADEFF249  
 Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000118549