Uelzener VERSICHERUNGEN

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT
für wiederkehrende Zahlungen

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

Kunden-Nummer:*

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000118549

* Gilt für alle unter der oben genannten Kunden-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 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Über den ersten Einzug von Zahlungen und bei Änderungen von Zahlungen wird der zahlungspflichtige Kontoinhaber spätestens fünf Tage vor Lastschrifteinzug informiert (Pre-Notification).

Mindestens 15 Arbeitstage vor der nächsten Fälligkeit muss uns das unterschriebene SEPA-Lastschriftmandatsformular komplett ausgefüllt und unterschrieben vorliegen.

Vorname und Name des zahlungspflichtigen Kontoinhabers:
(Hinweis: Versicherungsnehmer/Anfragender und Kontoinhaber müssen identisch sein.)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Name und Ort des Kreditinstitutes:

Land:

BIC – Internationale Bankleitzahl des Kreditinstitutes: (max. 11stellig)

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

IBAN – Internationale Bankontonummer des Kontoinhabers: (in Deutschland max. 22stellig)

D E

Länder-Code	Prüf-ziffer	in Deutschland: bisherige Bankleitzahl	in Deutschland: bisherige Kontonummer - fehlende Stellen werden vorne mit Nullen aufgefüllt

Ort, Datum:

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers (Versicherungsnehmer/Anfragender):