

OP- und Krankenversicherung für Hunde und Katzen

- ✓ Erstattungen ohne Jahreslimit
- ✓ Bis zu 100% Kostenübernahme
- ✓ Freie Wahl des Tierarztes/der Tierklinik
- ✓ Keine Rassenunterschiede
- ✓ Keine Altersbegrenzungen

OP- und Krankenversicherung für Hunde

30 Jahre
Tier-Kranken-
versicherung

Tarifblatt OP- und Krankenversicherung: Hunde

Tarife

Bei Beantragung der Versicherung können Sie wählen, ob die Erstattung nach dem 1-fachen oder bis zum 2-fachen GOT-Satz erfolgen soll (GOT = Gebührenordnung für Tierärzte in der Fassung vom 30.06.2008).

Höhe der Erstattung

Bei Anmeldung des Hundes...

... vor dem 5. Geburtstag: **100%** der versicherten Kosten

... ab dem 5. Geburtstag: **80%** der versicherten Kosten

... ab dem 8. Geburtstag: **60%** der versicherten Kosten

Eine Erhöhung auf 100% ist gegen Mehrbeitrag möglich!

Versicherte Kosten

OP-Versicherung: letzter Untersuchungstag vor der Operation, Operation selbst und 12 Tage Nachbehandlung

Krankenversicherung: Behandlungen und Operationen

Aufnahmealter

Ab dem 3. Lebensmonat. Ab dem 10. Geburtstag ist generell ein Bericht vom Tierarzt erforderlich.

Sonstige Hinweise

- 10% Rabatt bei Vertragsabschluss für mindestens 2 Hunde.
- Damit wir Ihrem Hund die bestmöglichen medizinischen Behandlungen ermöglichen können, werden die Beiträge ab dem 5. Geburtstag des Hundes jährlich um 5% angepasst.

Hinweise zur Laufzeit

Bei einem 5- oder 10-Jahresvertrag ist eine Kündigung nach 3 Jahren möglich. Wenn Sie Ihren Hund während der Vertragslaufzeit abgeben oder dieser stirbt, informieren Sie uns bitte schriftlich.

Hinweise zu den Zahlungsweisen

Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt der Mindestzahlbeitrag 20,00 € pro Fälligkeit und Angebotsanfrage.

Die Zahlung des 1- bzw. 3-Monats-Beitrags ist nur per SEPA-Lastschrift möglich! Die halbjährliche bzw. jährliche Zahlung ist auch per Überweisung – dann allerdings ohne Rabatte – möglich.

Preise gültig bis
31.03.2016

Monatlicher Aufwand in € je Hund bei einer Vertragslaufzeit von 10 Jahren:

Aufnahmezeitpunkt	vor dem 5. Geburtstag	ab dem 5. Geburtstag		ab dem 8. Geburtstag		ab dem 10. Geburtstag	
Erstattungssatz	100%	80%	100%	60%	100%	60%	100%
OP-Versicherung mit Erstattung nach dem 1-fachen GOT ¹ -Satz	12,95	12,95	16,83	12,95	21,59	12,95	Nach individueller Prüfung!
Krankenversicherung (inkl. OP-Versicherung) mit Erstattung nach dem 1-fachen GOT ¹ -Satz	84,18	84,18	109,42	84,18	140,30	84,18	
OP-Versicherung mit Erstattung nach dem 2-fachen GOT ¹ -Satz	17,96	17,96	23,34	17,96	29,92	17,96	
Krankenversicherung (inkl. OP-Versicherung) mit Erstattung nach dem 2-fachen GOT ¹ -Satz	98,42	98,42	127,95	98,42	164,04	98,42	

¹ GOT = Gebührenordnung für Tierärzte in der Fassung vom 30.06.2008

So berechnen Sie Ihren Beitrag:

bei 1-monatlicher Zahlung: monatlicher Aufwand x 1
 bei 3-monatlicher Zahlung: monatlicher Aufwand x 3
 bei halbjährlicher Zahlung: monatlicher Aufwand x 6
 bei jährlicher Zahlung: monatlicher Aufwand x 12

} = Ihr zu zahlender Beitrag

Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt der Mindestzahlbeitrag 20,00 € pro Fälligkeit und Angebotsanfrage.

Interne Vermerke: Versicherungs-Nr.: Agt.-Nr.:

BP: ohne ja nein

Neu Änderung

Vermittelt durch:
Gothaer Generalagentur
Peter Tylkowski
Lilienthalstr. 8
12529 Schönefeld

**Freiraum
zur Bearbeitung**

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

Titel, Nachname: Frau Herr Eheleute

Vorname(n): Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

PLZ: Ort:

E-Mail:

Telefon:

Zu versicherndes Tier: (Bitte vollständig und in Druckschrift ausfüllen.)

Hund: Hündin Rüde Katze: Katze Kater

Name des Tieres:

Rasse des Tieres: Farbe:

Täto- oder Chip-Nr.: Geburtstag:

Ist das zu versichernde Tier kastriert/sterilisiert? nein ja

Stammt das Tier aus einem/r Tierheim/Tierschutzorganisation? nein ja

Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz? Datum:

Hat/hatte Ihr Tier Mängel/Missbildungen/Erkrankungen/Unfälle?
 Sind Ihnen tierärztliche Behandlungen oder Operationen Ihres Tieres bekannt? nein ja

Bei Ja: Bitte schildern Sie uns die Details (wann, was, wie lange):

Haustierarzt (Name und Anschrift):

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

Nur bei weiblichen Tieren – bitte zusätzlich beantworten:

- Besteht zur Zeit eine Trächtigkeit? nein ja
- Besteht/bestand eine Scheinschwangerschaft? nein ja

Vorversicherung:

Besteht oder bestand für Ihr Tier bereits eine OP-/Krankenversicherung oder wurde bei uns oder einer anderen Gesellschaft ein Antrag gestellt oder abgelehnt?

nein ja, bei

Gesellschaft:

Versicherungs-Nr.: Gekündigt zum/Ablauf:

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)

Versicherungsumfang und Beitrag:

OP-Versicherung
Erstattung nach dem **1-fachen Satz** der GOT¹

Krankenversicherung (inkl. OP-Versicherung)
Erstattung nach dem **1-fachen Satz** der GOT¹

OP-Versicherung
Erstattung nach dem **2-fachen Satz** der GOT¹

Krankenversicherung (inkl. OP-Versicherung)
Erstattung nach dem **2-fachen Satz** der GOT¹

¹ GOT = Gebührenordnung für Tierärzte in der Fassung vom 30.06.2008

Ihr monatlicher Aufwand²: EUR X Anzahl der Monate gem. Zahlungsweise (bitte ankreuzen): 1 3 6 12 = Ihr Beitrag gemäß Zahlungsweise²: EUR

² Jeweils inklusive 19% Versicherungssteuer.

- Hinweise zur Zahlungsweise** (bitte Mindestzahlbeitrag beachten!):
- 1 = monatlich (1-Monats-Beitrag)
 - 3 = vierteljährlich (3-Monats-Beitrag)
 - 6 = halbjährlich (3% Rabatt bei SEPA-Lastschrift)
 - 12 = jährlich (5% Rabatt bei SEPA-Lastschrift)

Hinweis: Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt der Mindestzahlbeitrag 20,00 EUR pro Fälligkeit und Angebotsanfrage. Die Zahlung des 1- und 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 neben 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 (siehe linke Seite) zum 1. des Fälligkeitsmonats
- per Rechnung (nur ab halbjährlicher Zahlung) zum 15. des Fälligkeitsmonats

Bemerkungen:

Wichtig: Schlusserklärung mit Unterschrift

Nachdem ich das Angebot in Form der Versicherungspolice mit allen Unterlagen erhalten habe 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 von Auskünften, die für die Prüfung der Angebotsanfrage und/oder der Verpflichtung des Versicherers zum Ersatz der Behandlungskosten erforderlich sind, entbinde ich die konsultierten Tierärzte von der Schweigepflicht. Das gilt auch für Fragen zu Vorerkrankungen des Tieres. **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 VersNehmer (Anfragender), ggf. gesetzl. Vertreter:

Ort, Datum: Unterschrift Vermittler/-in:

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

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 1- und 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 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.

- Allgemeine Bedingungen für die OP-Versicherung von Hunden und Katzen (ABOPHK)
- Allgemeine Bedingungen für die Krankenversicherung von Hunden und Katzen (ABKVHK)

» Wichtiger abschließender Hinweis:

Sind die Fragen in der Angebotsanfrage nicht richtig und vollständig beantwortet, kann der Versicherungsschutz gefährdet sein. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns als Versicherer auch berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Unter Umständen führt eine solche Vertragsverletzung auch ganz oder teilweise zur Leistungsfreiheit für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall, d. h., der Schaden kann nicht (vollständig) von uns ausgeglichen werden. Bei der Beurteilung kommt es auf die Art und die Schwere des Verschuldens an.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Bedingungen und Klauseln sowie die Satzung der Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit werden Ihnen zusammen mit dem Angebot zugestellt. Sie erkennen die Bedingungen und Klauseln an, wenn Sie den Erstbeitrag zahlen und den Vertrag nicht innerhalb von 2 Wochen widerrufen. Das Versicherungsverhältnis ist dann wirksam zustande gekommen.

» 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, Infoscore, Creditreform, SCHUFA). 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.

Bitte senden Sie die Bescheinigung ausgefüllt an uns zurück



Tierärztliche Bescheinigung Hund/Katze

(durch den behandelnden Tierarzt auszufüllen)

Die Kosten des Berichts trägt der Versicherungsnehmer

Vorgangs-Nummer:

Angaben zum zu versichernden Tier:

Hund Katze

Name:

geboren am:

Rasse:

Geschlecht: männlich weiblich

Täto- oder Chip-Nr.:

Antragsteller (Name, Anschrift):

I. Attest über die letzte und somit aktuellste tierärztliche Behandlung:

Behandlungsdauer: von: bis: Anzahl der Behandlungen:

Befunde:

Diagnose:

Welche Behandlung leiteten Sie ein?

Fand eine Vor- und/oder Nachbehandlung durch einen anderen Tierarzt statt? Nein Ja, durch wen?:

Verlauf: akut chronisch

Prognose:

Ist der Patient zurzeit gesund? Ja Nein, es liegt folgende Erkrankung vor:

II. Weitere Behandlungen außer der o. g.: (Bitte ggf. Extrablatt verwenden oder am besten Karteiausdruck beifügen)

Datum: Befunde:

Diagnose:

Datum: Befunde:

Diagnose:

Datum: Befunde:

Diagnose:

Datum: Befunde:

Diagnose:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Tierarzt

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:

Gothaer Generalagentur
Peter Tylkowski
Lilienthalstr. 8
12529 Schönefeld

—

—