

Pflegereenten- versicherung

Uelzener Lebensversicherungs-AG

Postfach 21 63 • 29511 Uelzen
Veerßer Str. 65/67 • 29525 Uelzen
Telefon 0581 8070 - 0
Fax 0581 8070 - 250
www.uelzener.de
leben@uelzener.de

Uelzener 
VERSICHERUNGEN

Pflegereentenversicherung

bei der Uelzener Lebensversicherungs-AG

Interne Vermerke (von der Agentur oder dem Geschäftspartner auszufüllen)

Agd.-Nr. 080/30656	Vermittelt durch Steffen Höper Bahnhofstr. 25	Generalagentur 38536 Meinersen
------------------------------	---	-----------------------------------

A. Erklärender/Antragsteller (Versicherungsnehmer, Beitragszahler) – Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Titel, Nachname		<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.		Telefon (für Rückfragen und Produktinformationen)	
PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> D	
Derzeit ausgeübte Tätigkeit		Wie krankenversichert? <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Selbstständig	

B. Zu versichernde Person (Falls nicht Erklärender/Antragsteller) – Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Titel, Nachname		<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.		Telefon (für Rückfragen und Produktinformationen)	
PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> D	
Derzeit ausgeübte Tätigkeit		Wie krankenversichert? <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Selbstständig	

C. Zum Versicherungsvertrag

Versicherungsbeginn: 01	Versicherungsdauer: lebenslang	Gewünschte Beitragszahlungsweise: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich (nur per Lastschrift)
	Beitragszahlungsdauer – bis Endalter: 85 Jahre	

D. Versicherungsumfang und Beitrag Pflegereentenversicherung (Tarif P891):

<input type="checkbox"/> mit zusätzlicher Pflegerente bei Pflegegrad III	Gewünschte Monatsrente: 00 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> einschließlich Beitragsbefreiung bereits ab Pflegegrad I	Gewünschte Monats-Zusatzrente: 00 EUR
<input type="checkbox"/> Dynamikerhöhung um 3 % des Vorjahresbeitrages	Beitrag gemäß Zahlungsweise: EUR

E. Bezugsrecht im Pflegefall = die versicherte Person, wenn nicht nachstehend anders festgelegt:

<input type="checkbox"/> Frau	Titel, Nachname, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr		

F. Fragen an die zu versichernde Person (Bitte in Druckschrift ausfüllen.)

Um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko besser einschätzen zu können, beantworten Sie uns bitte nachfolgend einige Fragen. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung Ihrer Vertragserklärung und werden Bestandteil Ihres Vertrages. **Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Dazu zählen auch Umstände, die für Sie eventuell keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, falsche oder unvollständige Beantwortung der Fragen, kann Rechtsfolgen für Sie haben, wie z. B. Verlust des Versicherungsschutzes, spätere Vertragsanpassung (auch rückwirkend), Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrags, bis hin zur Verweigerung der beantragten Leistung. Bitte beantworten Sie alle Fragen in der Vertragserklärung schriftlich.** Reicht der Raum nicht aus, bitte zu jeder Ziffer in einer gesonderten Anlage zur Vertragserklärung weitere Erläuterungen geben und diese unterschreiben. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und schriftlich der Uelzener nachzureichen.

1. Größe: cm Gewicht: kg	
2. a) Bestehen für Sie anderweitig Pflegeversicherungen (auch als Zusatzversicherung) oder wurden solche beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegerente EUR p. a.: 	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikoübernahme berücksichtigen können.</p>
b) Wurden bisher für Sie Lebens- oder Pflegeversicherungen (auch Zusatzversicherungen) mit Erschwerung angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben: Jahr Gesellschaft, Versicherungs-Nr. 	
3. Nennen Sie uns bitte Namen und Anschrift Ihres Hausarztes. Ansonsten bitte den am besten informierten Behandler oder den Krankenversicherer (mit Name und Ort) angeben:	
4. Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen/Gasen) oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/-bewerben teil? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, an welchen? 	

ACHTUNG: Bitte keinen Textmarker (oder Ähnliches) verwenden – Dokument wird elektronisch archiviert – ORIGINAL für die Uelzener / DURCHSCHRIFTEN für den Erklärenden/Antragsteller und den Vermittler

F. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

5. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. durch angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), eine HIV-Infektion oder wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?

Falls MdE/GdB oder Pflegestufe, bitte hier Einzelheiten angeben:

MdE: GdB: Pflegestufe:

6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen funktionelle Einschränkungen im täglichen Leben (z. B. bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, bei der Haushaltsführung)?

Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antworten erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.

7. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen

a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzinfarkt, Erkrankungen des Herzmuskels, der Herzklappen oder der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Herzmuskelschaden, Thrombose, Venenleiden, Zustand nach Bypass-OP)?

b) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Atemstörungen, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie)?

c) der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, Sodbrennen, Entzündungen im Bereich des Magens und des Darms, Bauchspeicheldrüsenentzündung, erhöhte Leberwerte, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis)?

d) der Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)?

e) des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne, Alzheimer-Krankheit, Demenz)?

f) der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (hierzu gehören u. a. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen, Entzündungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, verschleißbedingte Veränderungen (Wirbelsäule, Schultergelenk, Hüfte, Knie), Hüft- oder Meniskusschäden, Rheuma, Fibromyalgie, Osteoporose, Muskelschwund, Versorgung mit einer (Endo-)Prothese)?

g) der Augen (z. B. Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, grauer oder grüner Star)?

h) der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschäden)?

i) des Stoffwechsels (hierzu gehören u. a. Zuckerkrankheit, erhöhter Blutzucker, Gicht, Cholesterinerhöhung, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?

j) des Blutes (hierzu gehören u. a. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit)?

k) der Haut (hierzu gehören u. a. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?

8. Nahmen oder nehmen Sie im Zusammenhang mit den hier angegebenen Gesundheitsstörungen Medikamente oder wurden Ihnen solche verordnet?

9. Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einer oder mehreren Operationen unterzogen, sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten, oder sind Operationen oder solche Aufenthalte angeraten worden?

10. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär oder psychotherapeutisch beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit:

- operativen Eingriffen (auch z. B. mittels Laser)?
- gut- oder bösartigen Tumorerkrankungen (Krebs)?
- den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum?
- Erkrankung oder Störungen der Psyche (hierzu gehören u. a. auch depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen)?

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

11. Bestehen derzeit noch Beschwerden und/oder Folgen von Erkrankungen, Verletzungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

12. Nähere Angaben und Erläuterungen zu den Fragen 4 - 11:

Ein gesondertes Blatt mit weiteren Angaben und Erläuterungen ist beigelegt.

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Beschwerden, Behandlung usw. / Untersuchungsergebnis / Medikamente	Von wann bis wann aufgetreten / behandelt usw. ?	Namen und Anschriften der Ärzte / Behandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Ich bestätige hiermit, die Rechtsfolgebelehrung bezüglich meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige aller mir bekannten und für die Übernahme der Gefahr erheblichen Umstände gelesen und verstanden zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

G. Lastschriftzugermächtigung (Die Beiträge sind bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem nachstehenden Konto einzuziehen.)

Lastschrift zum 1. Lastschrift zum 15. Konto-Nr. Bankleitzahl Geldinstitut, Ort

Name, Vorname und Unterschrift, falls abweichender Kontoinhaber/-in

H. Wichtig: Schlusserklärung mit Unterschriften:

Nachdem ich den Erstbeitrag bezahlt habe, das ist meine Vertragserklärung, kommt der Vertrag zustande. Danach kann ich meine Vertragserklärung innerhalb von sechs Wochen widerrufen. Eventuell gezahlte oder eingezogene Beiträge werden mir zurückerstattet. Hiermit bestätige(n) ich (wir), dass ich (wir) vor meiner (unseren) Unterschrift(en) alle Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, noch einmal überprüft und die auf der Rückseite der Vertragserklärung befindlichen Schlusserklärungen, u. a. meine Bestätigung der Beantwortung der Fragen in der Vertragserklärung nebst Nachmeldepflicht, meine Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung sowie eine Belehrung über mein Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen habe(n). Sie werden wichtiger Bestandteil des Angebotes der Uelzener.

Ort, Datum Erklärender/Antragsteller (Vorname, Name) Zu versichernde Person Vermittler/-in

Schlussklärungen

» Vertragsgrundlagen

Für die Pflege Rentenversicherung nach Tarif P891 gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Pflege Rentenversicherung“ der Uelzener Lebensversicherungs-AG.

Die Lebensversicherung wird nach deutschem Recht abgeschlossen. Dem Vertrag liegen die vorstehenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde. Zusätzlich gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Eine Durchsicht der Vertragserklärung wird mir sofort nach deren Unterzeichnung ausgehändigt.

» Zustandekommen des Vertrages und erweitertes Widerrufsrecht

Alle für den Versicherungsvertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen erhalte ich mit der Urkunde über den Vertragsabschluss (Versicherungsschein). **Ich erkenne diese an und der Vertrag kommt wie angeboten zustande**, wenn ich den Erstbeitrag bezahle oder danach innerhalb von sechs Wochen meine Vertragserklärung nicht widerrufe.

» Beantwortung der Fragen in der Vertragserklärung

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 VVG alle für die Übernahme des zu versichernden Risikos bedeutsamen Umstände **auch ungefragt** anzuzeigen habe, und zwar auch dann, wenn sie erst zwischen Angebot bzw. Vertragserklärung und Zustandekommen des Versicherungsvertrages auftreten oder bekannt werden.

Ich bestätige, dass ich alle eingetragenen Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, nochmals überprüft habe und diese vollständig schriftlich niedergelegt und so wiedergegeben sind, wie ich sie gemacht habe. Dabei sind auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angegeben. **Wenn bis zum Zustandekommen des Versicherungsvertrages Umstände eintreten oder mir bekannt werden, die zur Änderung der Angaben unter Abschnitt F dieses Formulars führen, werde ich diese unverzüglich der Uelzener Lebensversicherungs-AG schriftlich anzeigen.**

Ich weiß, dass bei Verletzung dieser Pflichten der Versicherungsschutz 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.

» Überschussbeteiligung

Der Versicherungsvertrag ist nach Maßgabe der jeweiligen Versicherungsbedingungen am Überschuss beteiligt.

Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung sind vom Risikoverlauf abhängig; sie können deshalb nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Die Bonus-Rente in Höhe von 30 % ist eine sofort beginnende Überschussbeteiligung und kann sich ändern.

Mir ist bekannt, dass sich die Leistungen aus der Überschussbeteiligung ändern können, wenn sich die Höhe der Überschussanteile ändern sollte.

» Beiträge

Die Beiträge sind während der Versicherungsdauer bis zum Endalter von 85 Jahren zu zahlen, längstens bis zum Eintritt des Versicherungsfalles. Die Beiträge sind in Jahresbeträgen zu zahlen, bei denen auch monatliche, vierteljährliche oder halbjährliche Zahlung gegen Ratenzuschlag (5 %, 3 %, 2 %) vereinbart werden kann.

» Dynamik-Erhöhungen

Sind Dynamik-Erhöhungen vereinbart, so erhöhen sich Beitrag und Versicherungsleistungen gemäß den „Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“.

» Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tode eines nicht versicherten Versicherungsnehmers geht die Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person über, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer etwas anderes bestimmt hat.

» Entbindung von der Schweigepflicht

Zum Zweck der Risikobeurteilung bei Vertragsschluss befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Abgabe meiner Vertragserklärung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag/eine Vertragserklärung auf eine Versicherung gestellt habe. Den Versicherer ermächtige ich, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle vorstehend genannten Personen und Institutionen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsschluss zu befragen. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei Abgabe meiner Vertragserklärung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung und Ermächtigung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, sowie die Ärzte, die die Todesursachen feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach im Zuge der Risikobeurteilung bei Vertragsschluss und der Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer befragt werden, von ihrer Schweigepflicht – auch über meinen Tod hinaus.

Die Uelzener Lebensversicherungs-AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Ich willige in die Verwendung und Verwertung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Uelzener Lebensversicherungs-AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

» Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Unterlagen der Vertragserklärung oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer übermittelt zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche sowie zur Abwicklung der Rückversicherung, ferner an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer, außerdem an andere

Versicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Vertragserklärungen.

Ich willige ferner ein, dass die Uelzener Versicherungen meine allgemeinen Daten der Vertragserklärung sowie Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheit dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen Sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, dass die Uelzener Versicherungen und die Vermittler meine allgemeinen Daten der Vertragserklärung sowie Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Dienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Ich willige ein, dass die Uelzener Lebensversicherungs-AG ggf. personenbezogene Wirtschaftsauskünfte über meine Person einholt und diese ggf. zur Nichtannahme der Vertragserklärung führen können.

» Sonstiges

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht ist.

Mir ist bekannt, dass der Vermittler nicht berechtigt ist, vom Versicherungsnehmer irgendwelche Kosten oder sonstige Gebühren für die Aufnahme der Vertragserklärung oder aus anderen Gründen zu erheben. Auch ist er nicht berechtigt, Beiträge zu kassieren.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, stets schriftlich erfolgen müssen. Für den Versicherer bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie diesem zugegangen sind. Vermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.


Uelzener
VERSICHERUNGEN

Uelzener Lebensversicherungs-AG

Vorstand:

Heinz-Werner Lehmann (Vorsitzender),
Hans-Christian Heim,
Dr. Theo Holscher

Aufsichtsratsvorsitzender: Friedrich Jahncke

Registriergericht:

Amtsgericht Lüneburg, HR B 120277

Sitz der Gesellschaft: Uelzen

Telefon 0581 8070-0, Fax 0581 8070-250

Besuchsanschrift:

Veerßer Straße 65/67, 29525 Uelzen

Postanschrift: Postfach 2163, 29511 Uelzen

Bankverbindung:

Sparkasse Uelzen-Lüchow-Dannenberg, Uelzen
BLZ 258 501 10, Konto-Nr. 18 08 48 30

www.uelzener.de • leben@uelzener.de