

# Versorgungswerk für Reiter

## **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](http://www.uelzener.de)  
[leben@uelzener.de](mailto:leben@uelzener.de)

**Uelzener**   
VERSICHERUNGEN

# Versorgungswerk für Reiter

bei der Uelzener Lebensversicherungs-AG

## Interne Vermerke (von der Agentur oder dem Geschäftspartner auszufüllen)

Agt.-Nr.	Vermittelt durch
----------	------------------

## A. Erklärende/-r/Antragsteller/-in

(Versicherungsnehmer, zu versichernde Person, Beitragszahler, Bezugsberechtigter)

Frau  Herr

Titel, Nachname

Geburtsdatum

Vorname(n)

Telefon (für Rückfragen und Produktinformationen)

Straße, Haus-Nr.

Staatsangehörigkeit  
 D

PLZ

Ort

Wie krankenversichert?  
 freiwillig  gesetzlich

Derzeit ausgeübte Tätigkeit

Angestellter  Arbeiter  
 Selbstständig

## B. Rentenversicherung (Tarif S844)

- mit Todesfallschutz (Tarif S820)
- mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (Tarif S852)

Monatsrente: 00 EUR

Versicherungsbeginn: 01 2008

Alter bei Rentenbeginn: 65 Jahre  
(mit Abrufmöglichkeit ab Alter 60 Jahre)

mit 10.000 EUR Todesfallschutz vor Rentenbeginn (Risikoversicherung nach Tarif S820 bis Alter 65 Jahre)  ohne Todesfallschutz

mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vor Rentenbeginn (Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung - BUZ - nach Tarif S852 bis Alter 65 Jahre)  ohne BUZ

Mit Dynamik-Erhöhungen der Rentenversicherung:  % (möglich sind 3 % bis 10 %)  ohne Dynamik-Erhöhungen  
3 % des Vorjahresbeitrages der Rentenversicherung oder abweichender Erhöhungssatz

## C. Beitrag/Zahlungsweise

Zu zahlende Beitragsrate: EUR

nach Verrechnung von Grundüberschussanteilen

Monatliche Zahlungsweise (nur per Lastschrift), wenn nicht nachstehend anders festgelegt:

jährlich  halbjährlich  vierteljährlich

## D. Bezugsrecht im Todesfall

- nur für den zusätzlichen Todesfallschutz

Der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt des Todes verheiratet war, wenn nicht nachstehend anders festgelegt:

Frau  Herr Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

## E. Fragen an die zu versichernde Person (nur bei Todesfallschutz oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit)

1. Größe: cm Gewicht: kg

2. Sind Sie beruflich oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen, infektiösen Stoffen/Gasen, gesundheitsgefährdenden Stoffen wie biologischen Arbeitsstoffen oder hautbelastenden Substanzen, Aufenthalt in Krisengebieten) oder werden Sie sich (außer im Urlaub) außerhalb Europas aufhalten, beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen?  ja  nein

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto-/Motorrad sport, Flug-/Luft sport, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Extremsportarten)?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil?  ja  nein

Wenn ja, an welchen?

Sind Sie beruflich im Reit- und Pferdesport tätig (z. B. als Pferdepfleger, beruflicher Pferdesportler, Pferdewirt, Pferdezüchter, Bereiter, Berufsreiter, Reitlehrer oder Reittrainer)?  ja  nein

Wenn ja, bitte näher erläutern:

3. Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes. Ansonsten bitte den am besten informierten Behandler oder den Krankenversicherer (mit Name und Ort):

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.

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

### E. Fragen an die zu versichernde Person – Fortsetzung

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. **Wichtig** für uns sind in den freien Zeilen zu den folgenden Fragen nähere Einzelheiten zu Informationen zur Krankheitsbezeichnung, zu aufgetretenen Beschwerden und Folgen, zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten und, soweit bekannt/vorhanden, zu Untersuchungsergebnissen sowie detaillierte Angaben zu den verordneten Medikamenten (Name?, Dosis?) und eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen. Name und Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut) bitte immer zusätzlich angeben.

**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 Erkrankungsbeispiele aus dem jeweiligen Antwortbereich.**

4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

a) der Haut, Schleimhäute, Knochen oder Gelenke (auch z. B. Bandscheiben, Wirbelsäulenveränderungen, Rheuma)?  ja  nein

b) des Herzens, des Kreislaufes, der inneren oder äußeren Organe, Tumore, Bluthochdruck, Bluffterhöhungen, Zucker- und/oder Drüsenerkrankungen, Geistes-, Gemütsleiden?  ja  nein

5. Fanden bei Ihnen Blut-, Urin- oder andere Untersuchungen statt, durch die eine Virusinfektion (auch Antikörperbefund) oder sonst ein krankhafter Befund (z. B. Rheuma, Allergien) festgestellt wurde?  ja  nein

Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf  HIV-Infektion,  Hepatitis B oder  Hepatitis C?  ja  nein

Oder warten Sie noch auf das Testergebnis des Testes auf  HIV-Infektion,  Hepatitis B oder  Hepatitis C?  ja  nein

6. Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium stationär aufgehalten, sind untersucht, beraten oder behandelt worden, haben Sie sich einer oder mehreren Operationen oder Strahlenbehandlungen unterzogen oder sind solche Maßnahmen angeraten oder für die nächsten 12 Monate vorgesehen?  ja  nein

7. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?  ja  nein

8. Nehmen/Nahmen Sie wiederholt oder gewohnheitsmäßig Medikamente, Drogen, Betäubungsmittel oder Alkohol, oder werden/wurden Sie dahingehend beraten oder behandelt?  ja  nein

9. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen oder eine Beeinträchtigung Ihrer Arbeitsfähigkeit (hierzu gehören u. a. angeborene Behinderungen, Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges) oder beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension oder wurde eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?  ja  nein

### Nähere Angaben und Einzelheiten zu Ziffern 4-9:

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.

Ihre Risiko- und Gesundheitsangaben, die Sie im Rahmen dieser Vertragserklärung gemacht haben, werden von unseren Risikoprüfern bewertet. Bitte beantworten Sie alle obigen Fragen vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie keine oder nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an die Uelzener schriftlich nachzuholen.

Folgen noch weitere Gesundheitsangaben?  nein  ja, liegen bei  ja, werden nachgereicht (Bitte immer beantworten!)

Hinweise zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den Schlusserklärungen auf der Rückseite dieser Vertragserklärung.

### F. Lastschrifteinzugsermächtigung (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

### G. 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 Nachmeldspflicht, 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)  Vermittler/-in

# Schlusserklärungen

## » Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag wird für mich ganz persönlich abgeschlossen. Für die Rentenversicherung nach Tarif S844 gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung“. Für die Risikoversicherung nach Tarif S820 (Todesfallschutz) gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung“ und für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Tarif S852 gelten die „Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung“. Die Lebensversicherung wird nach deutschem Recht abgeschlossen. Dem Vertrag liegen die vorstehenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde. Zusätzlich gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Eine Durchschrift der Vertragserklärung wird mir sofort nach deren Unterzeichnung ausgehändigt.

## » Tarifkurzbeschreibungen

Bei der **Rentenversicherung nach Tarif S844** wird nur bei Erleben des vereinbarten Rentenzahlungsbeginns, frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres, eine Lebenslange, monatliche Leibrente auf das Leben des Versicherungsnehmers gezahlt. Die Leistungsansprüche sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Darüber hinaus erfolgen keine Auszahlungen.

Wenn die Rentenversicherung mit Todesfallschutz vereinbart wird, wird sie ergänzt um eine **Risikoversicherung** nach Tarif S820, die in einer eigenen Urkunde über den Vertragsabschluss (Versicherungsschein) dokumentiert wird. Bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer wird die vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.

Wenn nichts anderes vereinbart ist, wird die Renten- und – sofern eingeschlossen – die Risikoversicherung jeweils um eine **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)** nach Tarif S852 ergänzt. Bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person während der Versicherungsdauer entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die jeweilige Hauptversicherung.

**Mir ist bekannt**, dass im Falle einer Berufsunfähigkeit die Leistungen aus der BUZ längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer der Zusatzversicherung gewährt werden, auch wenn der Lebens- bzw. Rentenversicherungsvertrag über den Ablauf der Leistungsdauer der Zusatzversicherung hinaus fort dauert und weiterhin Berufsunfähigkeit besteht.

Insbesondere entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Hauptversicherungen nur bis zum Ablauf der BUZ. Endet die BUZ vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherungen, ist die Beitragszahlung für die Hauptversicherungen wieder aufzunehmen, auch wenn weiterhin Berufsunfähigkeit besteht.

## » 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 Versicherungsvertragsgesetz (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 der Versicherungsverträge 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 der Versicherungsverträge Umstände eintreten oder mir bekannt werden, die zur Änderung der Angaben unter Abschnitt E 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/den Verträgen zurückzutreten, ihn/sie zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.**

## » Überschussbeteiligung

Die Versicherungsverträge sind 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.**

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

## » Beiträge

Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsjahres zu zahlen, in dem die Versicherungen enden, längstens bis zum Ablauf der Aufschubzeit. Die Beiträge sind in Jahresbeiträgen zu zahlen, bei denen auch monatliche, vierteljährliche oder halbjährliche Zahlung gegen Ratenzuschlag (5 %, 3 %, 2 %) vereinbart werden kann.

Für die Versicherungen sind die in der Urkunde über den Vertragsabschluss (Versicherungsschein) ausgewiesenen Tarifbeiträge vertraglich garantiert.

**Soweit Überschüsse zur Beitragsverrechnung verwendet werden, ergibt sich eine vom Tarifbeitrag abweichende, niedrigere zu zahlende Beitragsrate. Auch diese mit dem Beitrag verrechneten Überschussanteile können nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.**

**Mir ist bekannt**, dass sich die um Überschussanteile verminderte Beitragsrate ändern kann, wenn sich die Höhe der Überschussanteile ändern sollte.

## » Dynamik-Erhöhungen

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

## » Entbindung von der Schweigepflicht

**Zum Zweck der Risikobeurteilung bei Vertragschluss** 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 die Verträge und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, dass 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 Hölscher

Aufsichtsratsvorsitzender: Friedrich Jahnce

Registergericht:

Amtsgericht Lüneburg, HR B 120277

Sitz der Gesellschaft: Uelzen

Telefon 0581 8070-0, Fax 0581 8070-250

Besuchanschrift:

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