


Persönliche Beratung:
Mo.–Do. 8.00–16.30
Fr. 8.00–14.00
 0800 96 44 200 (gebührenfrei)

Solidar Versicherungsgemeinschaft
Sterbegeldversicherung VVaG
Postfach 10 24 08
44724 Bochum

Senden Sie das ausgefüllte und
unterschiedene Formular zurück:

-  Postanschrift siehe links
-  Fax an: **0234 96 44 212**
-  Formular fotografieren oder
scannen und per E-Mail an:
service@solidar-versicherung.de

Persönliche Angaben

<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname
<input type="text"/> Geburtsdatum	<input type="text"/> Mitgliedsnummer (falls zur Hand)

Alte Anschrift

<input type="text"/> Straße, Hausnummer
<input type="text"/> Postleitzahl, Ort
<input type="text"/> Telefon, Fax
<input type="text"/> E-Mail

Neue Anschrift (gültig ab Datum:)

<input type="text"/> Straße, Hausnummer
<input type="text"/> Postleitzahl, Ort
<input type="text"/> Telefon, Fax
<input type="text"/> E-Mail

Neue Bankverbindung (SEPA-Lastschriftmandat)

SOLIDAR Versicherungsgemeinschaft Sterbegeldversicherung VVaG, Alleestraße 119, 44793 Bochum.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00000027771. Die Mandatsreferenz wird später mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die SOLIDAR VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SOLIDAR VVaG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hierbei gilt für die Vorankündigung der weiteren Lastschriftzahlungen eine verkürzte Frist von 2 Kalendertagen vor dem Fälligkeitstermin der Abbuchung. 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.

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (bitte ankreuzen)

Gültig ab: sofort oder

<input type="text"/> Vorname, Name (Kontoinhaber)	<input type="text"/> Kreditinstitut (Name und BIC)
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> IBAN
<input type="text"/> Postleitzahl, Ort	<input type="text"/> Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.solidar-versicherung.de/service/downloads