



M a n d a n t e n i n f o r m a t i o n

Datum :

Name, Vorname :

Geburtsdatum / -name:

Straße :

PLZ / Ort:

Beruf :

Telefon :

privat

mobil

beruflich

E-Mail-Adresse :

Möchten Sie Ihre Post von uns per Mail erhalten?

ja

nein

Arbeitgeber :

Name

Straße

PLZ / Ort

Rechtsschutz-
versicherung :

ARAG

Deurag

DAS

Allianz

DEVK

Auxilia

Provinzial/ÖRAG

HDI

AdvoCard

Sonstige

Versicherungsbeginn *(seit wann ->Monat/Jahr)*

Selbstbeteiligung

ja

in Höhe von

nein

RS-Versicherungs-Nr.:

ggf. RS-Schaden-Nr.:

Bankverbindung :

*(zur Auszahlung von Fremd-
geldern z.B. Abfindungen etc.)*

Name Institut

Kto/IBAN

BLZ/BIC

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?