

## Mandantenfragebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort, PLZ \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Sind Sie rechtsschutzversichert oder waren Sie im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls rechtsschutzversichert?

Ja       Nein

Versicherung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort, PLZ \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_