

## Antrag für **PRIVAT • ASSekuranz** - Rechtsschutzversicherung

### Antragsteller/in

Anrede	<input type="radio"/> Firma <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Angestellter <input type="radio"/> selbständig	
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Telefax	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>

### Vorversicherung

Versicherer	<input type="text"/>
Versicherungs-Nr	<input type="text"/>

### Gekündigt durch

Versicherungsnehmer  
 Versicherer

### Vorschäden

Zeitpunkt	<input type="text"/>
Höhe (EUR)	<input type="text"/>

### Rechtsschutzversicherung

<input type="radio"/> Familienrechtsschutz	<input type="checkbox"/> Einschluß des Miet / Haus- und Grundstücksrechtsschutz
<input type="radio"/> Familien- und Berufsrechtsschutz	
<input type="radio"/> Familien- und Verkehrsrechtsschutz	<b>Sie bewohnen:</b>
<input type="radio"/> Familien- und Berufs- und Verkehrsrechtsschutz	<input type="radio"/> eine gemietete Wohnung
	<input type="radio"/> eine eigene Wohnung
<b>Für folgende Fahrzeuge:</b>	<input type="radio"/> ein gemietetes Einfamilienhaus
Kfz-Kennzeichen <input type="text"/>	<input type="radio"/> ein eigenes Einfamilienhaus
Kfz-Kennzeichen <input type="text"/>	
Kfz-Kennzeichen <input type="text"/>	

### Vertragsbeginn

Frühestens Eingang bei P&P Pergande & Pöthe GmbH.

Dauer: 1 Jahr mit jährlicher Verlängerung, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer Seite schriftlich gekündigt wird.

### Zahlungsweise

jährlich  halbjährlich  vierteljährlich

Ratenzahlungszuschläge: 3% halbjährlich (effektiv 3,0225 %),  
5% vierteljährlich (effektiv 5,0945 %). Unterjährige Zahlungsweise  
ist nur möglich, bei einer Mindestrate von EUR 25,00

Beitrag laut Zahlweise (EUR)

(Alle zuvor genannten Beiträge gelten zuzüglich Ratenzahlungszuschlag und  
Versicherungssteuer.)

Mandat für wiederkehrende Zahlungen • Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt • Gläubiger-Identifikationsnummer: D.A.S - DE32ZZZ00000012100 -  
Ich/Wir ermächtigen die D.A.S regelmäßig Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser  
Kreditinstitut an, die von der D.A.S auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten  
Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in:	<input type="text"/>	IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>	Name des Kreditinstituts:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	Unterschrift des Kontoinhabers/in: (falls abweichend)	<input type="text"/>

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift des Antragstellers/in:	<input type="text"/>
--------	----------------------	-------------------------------------	----------------------

Der/die Antragsteller/in wünscht ausdrücklich eine Rechtsschutzversicherung und verzichtet auf eine Dokumentation, bzw. insbesondere auf eine weitergehende

Beratung zu anderen Versicherungen. **Bitte senden Sie den Antrag an:**