



ACHTUNG: UNBEDINGT ZURÜCKSENDEN



Der neue CardService REGISTRIERUNGSFORMULAR

WAS SIE TUN MÜSSEN...

Tragen Sie die Daten **aller Ihrer Karten** und **wichtiger Dokumente** in dieses Formular ein. Fügen Sie bitte **Kopien Ihrer Ausweispapiere** bei und senden Sie bitte alles mit Hilfe des beiliegenden Rückumschlages zurück. Erst nach Eingang Ihrer Daten können wir Sie bei Verlust schützen. **Bitte vergessen Sie nicht Ihr**

DATENSCHUTZ

Wir garantieren, dass alle von Ihnen übermittelten Daten unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsvorschriften für den Datenschutz streng vertraulich behandelt werden.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der von uns angebotenen Serviceleistungen genutzt.

VOLLSTÄNDIGKEIT DER KUNDENDATEN

Sie erhalten von uns nach Eingang des Registrierungsformulars umgehend eine komplette Aufstellung aller bei uns gespeicherten Daten.

Antragsteller

Kundennummer:

Bitte immer angeben!

Name	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Tel. privat	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>	Tel. geschäftl.	<input type="text"/>
Straße, Nummer	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
Plz, Ort	<input type="text"/>	Mobilfunk Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

Bank:	<input type="text"/>	BLZ:	<input type="text"/>
Kontonummer:	<input type="text"/>	Kontoinhaber:	<input type="text"/>

Ihr persönliches Kennwort:

Frage: **Wie lautet der Mädchenname Ihrer Mutter?**

Antwort:
(mind. 5 Zeichen)



Achtung! Ohne persönliches Kennwort keine Sperrung per Telefon möglich!

Partnerdaten

Vorname: Geb.:

Name:

Frage: **Wie lautet der Mädchenname Ihrer Mutter?**

Antwort (Partner):
(mind. 5 Zeichen)

Krankenkassen-Karte

	Die Karte gehört: <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Partner	Die Karte gehört: <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Partner	Die Karte gehört: <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Partner
Name der Krankenkasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kassennummer <small>(befindet sich auf der Karte unten links)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherten Nummer <small>(befindet sich auf der Karte)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon-Nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bank- und EC-Karten

	Die Karte gehört: <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Partner	Die Karte gehört: <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Partner	Die Karte gehört: <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Partner
Kartenart (EC- oder Bankkarte)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankname (z.B. Sparkasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon-Nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kartennummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Amtliche Dokumente

von mir	<input type="checkbox"/> Personalausweis <small>(Kopie beigelegt)</small>	<input type="checkbox"/> Reisepass <small>(Kopie beigelegt)</small>	<input type="checkbox"/> Führerschein <small>(Kopie beigelegt)</small>
von meinem Partner	<input type="checkbox"/> Personalausweis <small>(Kopie beigelegt)</small>	<input type="checkbox"/> Reisepass <small>(Kopie beigelegt)</small>	<input type="checkbox"/> Führerschein <small>(Kopie beigelegt)</small>



SOS CS 190704/014

FAX: 0 18 05 / 14 01 61 oder mit dem Rückumschlag verschicken!

0,14 EUR/Min. aus dem dt. Festnetz. Mobilfunkpreis max. 0,42 EUR/Min.