

Mandantenangaben

Datum	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ Ort	
Geburtsdatum + -ort	
Telefon	
Telefax	
Funktelefon	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Kinder	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> nein
Name + Geburtsdatum Ehegatte	
beschäftigt/selbstständig	<input type="checkbox"/> Angestellter/Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Handwerker/Handwerksmeister <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> in Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> im öffentl. Dienst/Kirchen <input type="checkbox"/> im Bergbau <input type="checkbox"/> in Land-/Fortwirtschaft/Fischerei
Krankengeldbezug	seit: _____ bis wann: _____ Krankenkasse: _____
Rentenbezug	seit wann: _____ befristet bis: _____ Art der Rente: _____ Rentenversicherungsträger: _____ Versicherungsnummer: _____
Leistungen Arbeitsagentur/Jobcenter	Arbeitslosengeld I: ab/von/bis _____ Arbeitslosengeld II: ab/von/bis _____ zuständige Arbeitsagentur: _____ zuständiges Job-Center/Arge: _____ Kundennummer: _____
Unfallrente	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat seit: _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis: _____

	Unfallversicherungsträger: _____ Aktenzeichen: _____ Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE):
Pension	seit: _____ zahlende Stelle
Übergangsgeld	seit/von/bis. _____ zahlende Stelle: _____ Aktenzeichen/Versicherungsnummer:
Schwerbehinderung	seit _____ befristet bis: _____ Grad der Behinderung (GdB): _____ Aktenzeichen:
Rechtsschutzversicherung	Name der Versicherung: _____ Anschrift: _____ Vertragsbeginn. _____ Versicherungsschein-Nummer: _____ (bitte Kopie der letzten Beitragsrechnung beifügen)

Zu klärende Angelegenheit:

- Rentengutachten / Prüfung Rentenbescheid (gesetzliche Rentenversicherung)
- Rentengutachten / Prüfung Rentenbescheid / Zusatzversorgung öffentl. Dienst/Kirchen
- Kontenklärung
- Antrag auf Rente
- Zusatz-/Sonderversorgung DDR
- Antrag auf Schwerbehinderung
- Antrag bei Arbeitsunfall
- Antrag auf Berufskrankheit
- Sonstiges: _____

Ort und Datum

Unterschrift