

Mandantendaten

Name, Vorname, Geburtsname	
Straße	
PLZ Ort	
Geburtsdatum und Ort	
Telefon	
Fax	
Handy	
E-Mail	
Wohnsitzangaben alte und neue Bundesländer	Alte Bundesländer – von: _____ bis: _____ Neue Bundesländer – von: _____ bis: _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
Kinder	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> nein Name: _____ Geburtsdatum: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____
Ehegatte: Name und Geburtsdatum / Todestag	
Status	<input type="checkbox"/> Angestellter/Arbeiter Steuer-ID-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> in Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> im Bergbau <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Handwerker/Handwerksmeister <input type="checkbox"/> in Land-/Forstwirtschaft/Fischerei <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> im öffentl. Dienst/Kirchen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Rentenbezug	seit wann: _____ befristet bis: _____ Art der Rente: _____ Rentenversicherungsträger: _____ ohne Rentenbezug → Versicherungsnummer: _____

Leistungen von Arbeitsagenturen Jobcentern	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 befristet bis: _____ Unfallversicherungsträger: _____ _____ Aktenzeichen: _____ Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____
Pension	seit: _____ zahlende Stelle: _____
Krankengeld Verletztengeld Übergangsgeld	seit/von/bis: _____ zahlende Stelle: _____ Aktenzeichen: _____ Versicherungsnummer: _____
Krankentagegeld aus privater Versicherung	seit/von/bis: _____ zahlende Stelle: _____ Aktenzeichen: _____ Versicherungsnummer: _____
Behinderung/ Schwerbehinderung Diagnosen:	seit: _____ befristet bis: _____ Grad der Behinderung (GdB): _____ Aktenzeichen: _____ _____ _____

Rechtsschutz- versicherung	Name der Versicherung: _____ Anschrift: _____ Vertragsbeginn: _____ Versicherungsschein-Nummer: _____
Mitgliedschaft in Krankenkassen	Name und Adresse der Krankenkasse: _____ Krankenversicherungsnummer: _____ Versicherungszeiten: Versicherungsstatus von _____ bis _____ ____ von _____ bis _____ ____ von _____ bis _____ ____ von _____ bis _____ ____ M = Mitglied von _____ bis _____ ____ F = Familienangehöriger von _____ bis _____ ____ R = Renter
Bankverbindung	Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____

Zu klärende Angelegenheit:

- Rentengutachten / Prüfung Rentenbescheid (gesetzliche Rentenversicherung)
- Kontenklärung
- Antrag auf Rente – Rentenart: _____
- Antrag auf Schwerbehinderung / Verschlechterungsantrag
- Antrag auf Anerkennung eines Arbeitsunfalls
- Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit
- Prüfung von Bescheiden der Sozialversicherungsträger
- Statusfeststellungsverfahren bei Selbständigkeit, Freiwillige- bzw. Pflichtversicherung
- Widerspruchs- und/oder Klageverfahren wegen: _____

Sonstiges: _____

Ort und Datum

Unterschrift Mandant/in