



Mandantenfragebogen - Versorgungsausgleich -

	Mandant/in	Geschiedener Ehepartner /-in, Hinterbliebene /Erben bei Tod
Nachname:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Geburtsname:		
Straße/Hausnummer:		
PLZ/Ort:		
Letzter gemeinsamer Wohnsitz:		<i>Geschiedener Ehepartner verstorben? Wann?</i>
<i>Ruhestandsbeginn/Rente:</i>		<i>Nein</i> <i>Ja / Datum:</i>
Telefon privat:		<i>Kinder aus der Ehe; geboren vor 1992</i> <i>Name/Geburtsdatum:</i>
Mobilnummer:		
eMail:		
1. Versorgungsträger:		
2. Versorgungsträger: (z. B. DRV/VBL u.a.)		
Rechtsschutzversicherung*:		<i>*(Rechtsschutzversicherung für eine Erstberatung)</i>
Gewerkschaftsmitglied:		

Ich bin mit einer Kommunikation per eMail einverstanden. Die Kommunikation per eMail stellt die schnellste Möglichkeit dar, Ihnen Schriftsätze zur Kenntnisnahme zu übersenden oder Nachfragen an Sie zu richten. Die Kommunikation im Internet ist zwar grundsätzlich sicher, dennoch ist es nicht auszuschließen, dass eine eMail verloren geht/oder von Dritten gelesen wird. eMail-Nachrichten werden von uns grundsätzlich unverschlüsselt versandt. Soweit Sie damit nicht einverstanden sind, dass wir den Postverkehr per eMail führen, bitten wir um eine schriftliche Nachricht.

Hinweis gem. § 33 BDSG: Daten werden elektronisch gespeichert.

Ort/Datum

Unterschrift