

Name und Vorname:

Geschäftszeichen des Familiengerichts:

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

### Angaben zur Person

|              |            |                                  |  |
|--------------|------------|----------------------------------|--|
| Familienname |            | Vorname (Rufname unterstreichen) |  |
| Geburtsname  |            | Früher geführte Namen            |  |
| Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit              |  |
| Geburtsort   |            |                                  |  |

### Anschrift

|                    |         |                                     |
|--------------------|---------|-------------------------------------|
| Straße, Hausnummer |         | Telefon (Vorwahl / Rufnr.) tagsüber |
| Postleitzahl       | Wohnort |                                     |

## A Renten oder Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

### 1. Versicherungsnummer

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben? | Bearbeitungskennzeichen |
| Versicherungsnummer:                                   |                         |
| <b>ja, die Nr.:</b>                                    |                         |

### 2. Bisheriges Versicherungsverhältnis / Rentenbezug

|   |
|---|
| a) Wurden Beitrags-, Ersatz- oder Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt oder wurde bereits früher ein Versorgungsausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt?   |
| b) Haben Sie einem Sonder- oder Zusatzversorgungssystem der früheren DDR angehört?<br><br>wenn ja: Bezeichnung des Versorgungssystems:<br><br>von – bis:<br><br>Bitte Nachweise über Zugehörigkeit beifügen   |
| c) Der letzte Beitrag wurde gezahlt für:<br><br>Monat / Jahr:                      – Sozialversicherung der früheren DDR<br>– Rentenversich. d. Angestellten      – Rentenversich. d. Arbeiter      – Bundesbahnversicherungsanst.      – knappschaftliche Rentenversich.      – Seekasse |
| d) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmännischer Angestellter, Maurer, Landwirt usw.)?  |
| e) Wird aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt?<br><br>Versicherungsnummer / Rentenzeichen                      von bzw. bei welchem Versicherungsträger   |
| f) Haben Sie vom zuständigen Versicherungsträger bereits eine Darstellung Ihres Versicherungsverlaufs erhalten, in dem sämtliche für die Rentenversicherung erheblichen Teiten (Beitragszeiten, Ersatzzeiten, Ausfallzeiten) enthalten sind?  |

## B Versorgung und Anwartschaften aus öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

|    |   |
|----|---|
| 1. | <p>Hatten Sie zum Ende der Ehezeit aus einem oder mehreren öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?</p> <p>Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n incl. Besoldungsstelle und Personalnummer:</p> |
| 2. | <p>Wird Ihnen aufgrund der vorgenannten Dienst- und Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt?</p> <p>Name und vollständige Anschrift der Versorgungsstelle/n incl. Versorgungsnummer:</p>  |
| 3. | <p>Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?</p> <p>Name und vollständige Anschrift der Dienststelle/n incl. Personalnummer:</p>  |

## C<sup>1</sup> Zusätzliche Alters- und Invaliditätsversorgung für Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes (Bund, Länder, Kommunen, Bahn, Post, kirchlicher Bereich)

|    |   |
|----|---|
| 1. | <p>Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes beschäftigt, der einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes angeschlossen ist?</p> <p>Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung incl. Versicherungsnummer:</p> <p>Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers:</p> |
| 2. | <p>Werden oder wurden schon solche Bezüge gezahlt?</p> <p>Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung incl. Versicherungsnummer:</p>   |

## C<sup>2</sup> Betriebliche Altersversorgung

|  |  |
|--|--|
| 1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat? |  |
| a)   | <p>Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?</p> <p>Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers incl. Personalnummer und Beginn des Arbeitsverhältnisses:</p>   |
| b)   | <p>Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?</p> <p>aa) Name und vollst. Anschrift des Arbeitgebers incl. Personal-Nr., Beginn u. Ende des Arbeitsverhältnisses:</p> <p>bb) Name und vollst. Anschrift des Arbeitgebers incl. Personal-Nr., Beginn u. Ende des Arbeitsverhältnisses:</p> |

| c)          | Bekommen Sie bereits Leistungen der betrieblichen Altersversorgung?<br><br>Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle:<br><br>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|-------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.          | Sind Sie durch Ihren Arbeitgeber Mitglied in einem selbständigen Versorgungswerk (Pensions- oder Unterstützungskasse)?<br><br>Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle:  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.          | Hat Ihr Arbeitgeber für Sie eine Direktversicherung auf Rentenbasis bei einer Lebensversicherung abgeschlossen?<br><br>Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle:<br><br>Wenn ja: Einzelheiten bitte unter Abschnitt E angeben  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.          | Falls Sie keine der vorhergehenden Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange?<br>Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 75%; text-align: center;">Arbeitgeber</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Zeitdauer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Arbeitgeber | Zeitdauer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Arbeitgeber | Zeitdauer  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |             |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**D Renten und Anwartschaften aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung  
z.B. Versorgungswerke der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Notare, Rechtsanwälte**

|    |  |
|----|--|
| 1. | Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer Versorgungseinrichtung eines freien Berufs?<br><br>Name, vollständige Anschrift sowie Geschäftsnummer der Versorgungseinrichtung: |
| 2. | Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?<br><br>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen   |

## E Renten und Anwartschaften aufgrund eines Lebensversicherungsvertrages

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| 1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Rentenleistungen aus einer privaten Versicherung einschließlich Zusatzversicherung, die auf die Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)  |            |            |
| Name, vollständige Anschrift des Versicherungsunternehmens incl. Versicherungsnummer:  |            |            |
| Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung einer Rente ausgeübt worden ist.  |            |            |
| 2. Art der Versorgung:   |            |            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renten oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von <b>XX</b> Jahren</li> <li>- Versicherung wegen Berufsunfähigkeit</li> <li>- private Unfallversicherung</li> </ul> Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen |            |            |
| 3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?  |            |            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- wegen Erreichens der Altersgrenze.</li> <li>- wegen Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls.</li> </ul> Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen  |            |            |
| 4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:   |            |            |
|  | Vertrag 1: | Vertrag 2: |
| Versicherungsnehmer:   | -          | -          |
| Versicherte Person:  | -          | -          |
| Beitragszahler:  | -          | -          |
| Bezugsberechtigter:  | -          | -          |
| Ist das Bezugsrecht widerruflich?  | -          | -          |

## F Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z.B. Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung, Ansprüche auf ausländische Versorgungsleistungen, Abgeordnetenversorgung, Altershilfe für Landwirte, etc.)

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Haben Sie sonstige Anwartschaften außer den in den Abschnitten A – E genannten?   |  |  |
| Name, vollständige Anschrift sowie Geschäftsnummer der Versorgungseinrichtung:   |  |  |
| 2. Art der Versorgung:   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altersrente ab Vollendung des <b>XX</b>. Lebensjahres</li> <li>- Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit</li> </ul>       |  |  |
| 3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altersrente</li> <li>- Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit</li> </ul> Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen |  |  |

## G Falls Sie alle Fragen zu A bis F mit „nein“ bzw. nicht beantwortet haben, fügen Sie Ihren Lebenslauf bitte als Anlage bei. Geben Sie insbesondere an, in welcher Weise Sie für Ihr Alter vorgesorgt haben.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Mit der Weitergabe dieses Vordruckes an die unter A bis F genannten Versorgungsträger zur Einholung von Auskünften über die für mich bestehenden Anrechte bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin und dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_