

Name und Vorname: _____

Geschäftszeichen des Familiengerichts: _____

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Angaben zur Person

Familienname		Vornamen (Rufname unterstreichen)	
Geburtsname		Früher geführte Namen	
Geburtsdatum .		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort			

Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

Straße, Hausnummer		Telefon (Vorwahl/Ruf-Nr.) tagsüber	
Postleitzahl 	Wohnort		

A. Renten oder Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

1. Versicherungsnummer

Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben?		Bearbeitungskennzeichen	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Versicherungsnummer 	

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?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
b) Haben Sie einem Sonder- oder Zusatzversorgungssystem in der früheren DDR angehört?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Bezeichnung des Versorgungssystems (vgl. im Näheren die Auflistung der in Frage kommenden Systeme im Erläuterungsbogen unter Abschnitt 2b):			
von - bis _____			
Bitte Nachweise über Zugehörigkeit beifügen.			
c) Der letzte Beitrag wurde gezahlt für			
Mon.	Jahr	<input type="checkbox"/> Sozialversicherung der früheren DDR	
zur		<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Westfalen <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Rheinland <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft - Bahn - See	
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?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Versicherungsnummer/Rentenzeichen 		von bzw. bei welchem Versicherungsträger	

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

1. Hatten Sie zum Ende der Ehezeit/Lebenspartnerschaftszeit aus einem oder mehreren öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

nein ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n

a) _____ Personal-Nr. _____
Besoldungsstelle: _____

b) _____ Personal-Nr. _____
Besoldungsstelle: _____

2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt?

nein ja, von: a) _____ Versorgungs-Nr. _____
b) _____ Versorgungs-Nr. _____

3. Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?

nein ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen?
Name und Anschrift _____ Personal-Nr. _____

C¹. Zusätzliche Alters- und Invaliditätsversorgung für Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes (Bund, Länder, Kommunen, Bahn, Post, kirchlicher Bereich)

1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes beschäftigt, der einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes angeschlossen ist oder eine andere betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?

nein ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung

_____ Versicherungsnummer _____

Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers _____

2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?

nein ja, von: a) _____ Vers.-Nr. _____
b) _____ Vers.-Nr. _____

C². Betriebliche Altersversorgung

1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?

a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?

nein ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers _____ Personal-Nr. _____
Beginn des Arbeitsverhältnisses _____

b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?

nein ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers _____

aa) _____ Personal-Nr. _____
Beschäftigungsverhältnis von... bis... _____

bb) _____ Personal-Nr. _____
Beschäftigungsverhältnis von... bis... _____

c)- Bekommen Sie bereits Leistungen der betrieblichen Altersversorgung?

nein ja, wenn ja: Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen

2. Sind Sie durch Ihren Arbeitgeber Mitglied in einem selbstständigen Versorgungswerk (Pensions- oder Unterstützungskasse)?

nein ja, wenn ja: Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle

3. Hat Ihr Arbeitgeber für Sie eine Direktversicherung auf Rentenbasis bei einer Lebensversicherung abgeschlossen?

nein ja, wenn ja: Einzelheiten bitte umseitig unter Abschnitt E angeben.

4. Falls Sie keine der vorhergehenden Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange?
Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.

Arbeitgeber	Zeitdauer

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

1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer Versorgungseinrichtung eines freien Berufs?

nein ja, bei: Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein ja

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen

E. Renten und Rentenanwartschaften auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages

1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Rentenleistungen aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf die Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Name und vollständige Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnummer des Vertrages		
<hr/> <hr/>		
<small>Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung einer Rente ausgeübt worden ist.</small>		
2. Art der Versorgung: <input type="checkbox"/> Renten- oder Pensionsversicherung, Beginn der Rente im Alter von Jahren.		
<input type="checkbox"/> Versicherung wegen Berufsunfähigkeit.		
<input type="checkbox"/> private Unfallversicherung.		
<small>Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen</small>		
3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen <input type="checkbox"/> Erreichens der Altersrente <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls		
<small>Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen</small>		
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:		
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler
Bezugsberechtigter	Ist das Bezugsrecht widerruflich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A-E genannten?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Name, vollständige Anschrift und Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung		
<hr/> <hr/>		
2. Art der Versorgung: <input type="checkbox"/> Altersrente ab Vollendung des Lebensjahres <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit		
3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit		
<small>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen</small>		

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 Vordrucks an die unter A bis F bezeichneten Versorgungsträger zur Einholung von Auskünften über die für mich bestehenden Anrechte bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich sowie nach den §§ 1587 e, 1587 k i. V. m. § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift
