

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen des Familiengerichts: \_\_\_\_\_

**Fragebogen zum Versorgungsausgleich**

**Angaben zur Person**

Familiename		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 <b>letzte Beitrag</b> wurde gezahlt für	
Mon.                 Jahr                 zur	<input type="checkbox"/> Sozialversicherung der früheren DDR <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Angestellten <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Arbeiter <input type="checkbox"/> Bundesbahnversicherungsanstalt <input type="checkbox"/> knappschaftlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> 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?	
<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**

<p>1. Hatten Sie zum Ende der Ehezeit/Lebenspartnerschaft aus einem oder mehreren öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bei:</p>	
<p>Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n</p>	
a) _____	Personal-Nr.
<p>Besoldungsstelle:</p>	
b) _____	Personal-Nr.
<p>Besoldungsstelle:</p>	
<p>2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, von:</p>	
a) _____	Versorgungs-Nr.
b) _____	Versorgungs-Nr.
<p>3. Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen?</p>	
<p>Name und Anschrift</p>	
<p>Personal-Nr.</p>	

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

<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bei:</p>	
<p>Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung</p>	
_____	Versicherungsnummer
<p>Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers</p>	
<p>2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, von:</p>	
a) _____	Vers.-Nr.
b) _____	Vers.-Nr.

**C<sup>2</sup>. Betriebliche Altersversorgung**

<p>1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?</p>	
<p>a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers</p>	
<p>_____</p>	
<p>Personal-Nr.</p>	
<p>Beginn des Arbeitsverhältnisses</p>	
<p>b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers</p>	
<p>_____</p>	
aa) _____	Personal-Nr.
<p>Beschäftigungsverhältnis von ... bis ...</p>	
<p>_____</p>	
bb) _____	Personal-Nr.
<p>Beschäftigungsverhältnis von ... bis...</p>	
<p>_____</p>	

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 <b>Anwartschaft auf Rentenleistungen</b> 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/>		
Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung einer Rente ausgeübt worden ist.		
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.	
Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen		
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
Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen		
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:		
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler
<hr/>	<hr/>	<hr/>
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 Versorgung, 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
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 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_