

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Zu einer Ehescheidung gehört die Teilung aller während der Ehe erworbenen Ansprüche auf Alters- und Invaliditätsvorsorge (Versorgungsausgleich). Dieser Fragebogen dient der Ermittlung dieser Anrechte. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Hierzu sind Sie gesetzlich verpflichtet.

1. Personalien

Familienname	Vornamen (Rufname unterstrichen)	Geburtsname
Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Derzeit ausgeübter Beruf	
Anschrift: Straße, Hausnummer		Telefonnummer tagsüber (für Rückfragen bitte unbedingt angeben)
Postleitzahl	Wohnort	

2. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen?

Ja, abgeschlossen Nein

ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

3. Haben Sie eine Versicherungsnummer in der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja Nein

Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe) <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA) <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung (früher LVA) _____ <small>(genaue Bezeichnung des Regionalträgers)</small>	Rentenversicherungsnummer <div style="border-top: 1px solid black; height: 1em; margin-top: 5px;"></div>
--	---

4. Bei welchem Arbeitgeber sind Sie derzeit, bei welchen Arbeitgebern waren Sie seit der Eheschließung beschäftigt? Sind Ihnen betriebliche Altersversorgungen zugesagt worden? Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Zeitraum	Arbeitgeber (die Angabe der Anschriften ist unbedingt erforderlich)	Betriebliche Altersver-sorgung zugesagt?	
		Ja	Nein
Jetziger Arbeitgeber (mit <u>Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer)			
seit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Arbeitgeber seit der Eheschließung (mit <u>Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer)			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen?

(Hier sind insbesondere aufzuführen: Verträge nach dem Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (z. B. „Riester-Rente“, „Rürup-Rente“), private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungen, letztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einer ausländischen Versicherung.)

Bei mehr als zwei Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

Ja Nein

Zu Ziff. 5: Versicherung Nr. 1

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Zu Ziff. 5: Versicherung Nr. 2

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

6. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung)? Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.
 Ja Nein

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

7. Sind oder waren Sie als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst (Bund, Länder, Gemeinden, Bahn, Post, kirchlicher Bereich) tätig und haben Sie damit Anrechte aus einer Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes oder bei kirchlichen Zusatzversorgungskassen erworben?
 Ja Nein

Name der Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer
Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung	

8. Sind oder waren Sie Beamter, Richter oder Berufs- oder Zeitsoldat?
 Ja Nein

Name des Versorgungsträgers	Personalnummer
Anschrift des Versorgungsträgers	

9. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworben (z. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer)?
 Ja Nein

Name des Versorgungswerkes	Versorgungsnummer
Anschrift des Versorgungswerkes	

10. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. B. Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versicherungen)?
 Ja Nein

Name der Versorgungseinrichtung	Versorgungsnummer
Anschrift der Versorgungseinrichtung	

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe.

 Ort, Datum

 Unterschrift