Amtsgericht Geschäftsnummer: .....F...../.....

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Angaben zur Person (bitte überprüfen, ergänzen und ggfs. berichtigen)

Familienname	Vorname (Rufname unterstreichen)	
Geburtsname	Früher geführte Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		

Anschrift

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

Ausbildung (bitte ggfs. Rückseite verwenden)

Ende der Schulausbildung			Monat/Jahr
Berufsausbildung	Art der Ausbildung	Abschluss Ja / Nein	Zeitraum
Berufsausbildung		Ja / Nein	
Berufsausbildung		Ja / Nein	

Beruflicher Werdegang (bitte ggfs. Rückseite verwenden)

Bezeichnung der Tätigkeit	Arbeitgeber	Zeitraum

A Renten oder Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

1. Versicherungsnummer

Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben?

☐ nein ☐ ja Versicherungsnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Bearbeitungskennzeichen: |__|__|__|__|

Versicherungsanstalt _____

2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/Rentenbezug

a) Wurden Beitrags-, Kindererziehungs-, Ersatz- oder Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt oder wurde bereits früher ein Versorgungsausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

b) Haben Sie einem Sonder- oder Zusatzversorgungssystem in der früheren DDR angehört?

☐ nein ☐ 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 im Monat

_____ (Monat und Jahr angeben) an die

☐ Rentenversicherung der Angestellten ☐ Rentenversicherung der Arbeiter ☐ Sozialversicherung der frühere DDR

☐ Bundesbahnversicherungsanstalt ☐ knappschaftliche Rentenversicherung ☐ Seekasse

d) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmänn. Angestellte/r, Maurer/in, Landwirt/in usw.) ?

e) Wird aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt ?

☐ nein ☐ ja:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| _____

Versicherungsnummer/Rentenzeichen 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 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 Beamtin oder 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 Zusatzversorgungseinrichtigung 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) _____ Versicherungs-Nr. _____

b) _____ Versicherungs-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 selbständigen 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 unter Abschnitt E angeben.

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

☐ nein ☐ ja, bei: Name und vollständige Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnummer des Vertrages

_____

_____

Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung einer Rente ausgeübt worden ist.

2. Art der Versorgung:

☐ Renten- oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von Jahren
☐ Versicherung wegen Berufsunfähigkeit.
☐ private Unfallversicherung.
(Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen)

3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente ?

☐ nein ☐ ja, wegen ☐ Erreichens der Altersgrenze ☐ Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls
(Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen.)

4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:

Versicherungsnehmer/in	Versicherte Person	Beitragszahler/in

Bezugsberechtigte/r _____ Ist das Bezugsrecht widerruflich ? ☐ nein ☐ ja

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

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A – E genannten ?

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

_____

_____

Art der Versorgung: ☐ Altersrente ab Vollendung des ____ Lebensjahres
☐ Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt ?

☐ nein ☐ ja ☐ Altersrente ☐ Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
(Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen)

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 zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleich erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin und dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum Unterschrift

_____ _____

Amtsgericht

.....F...../.....

Ehezeit:

Zur Vorlage beim Rentenversicherungsträger
(nur vom derzeitigen Arbeitgeber oder dem Arbeitsamt auszufüllen)

Entgeltbescheinigung

für das vorangegangene und das laufende Kalenderjahr

Hiermit wird die Zeit der rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung und das beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt für das vorangegangene und das laufende Kalenderjahr bestätigt (für das vorangegangene Kalenderjahr ist eine Bestätigung nur erforderlich, wenn eine Meldung nach der Datenerfassungs-Verordnung – DEVO – oder der Datenübermittlungs-Verordnung – DÜVO – bisher nicht erstattet worden ist).

Zeitraum vom	Zeitraum bis	Entgelt in vollen €	Betriebsnummer des Arbeitgebers oder Arbeitsamtes	Betriebsnummer der Krankenkasse (soweit bekannt)

Versicherungsnummer

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Name des Versicherungszweiges, an den die Beiträge abgeführt werden:

☐ Rentenversicherung der Arbeiter

☐ Rentenversicherung der Angestellten

☐ Knappschaftliche Rentenversicherung

☐

_____ _____

Ort, Datum Firmenstempel und Unterschrift des Arbeitgebers