

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

| | | | |
|---|---------|-----------------------------------|---|
| Familiennamen | | Vornamen (Rufname unterstreichen) | Geburtsname |
| Staatsangehörigkeit | | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | | Derzeit ausgeübter Beruf | |
| Anschrift: Straße, Hausnummer | | | Telefonnummer tagsüber (für Rückfragen bitte unbedingt) |
| 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, bei Nein

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe) | Rentenversicherungsnummer | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA) <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung (früher LVA) _____ <small>(Genauere Bezeichnung des Regionalträgers)</small> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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 Altersversorgung zugesagt? | |
|---|---|---|--------------------------|
| | | Ja | Nein |
| Jetziger Arbeitgeber (mit Anschrift und Angabe der Personalnummer) | | | |
| seit | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frühere Arbeitgeber seit der Eheschließung (mit Anschrift 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 Berufsunfähigkeitsversicherungen)?

Ja Nein Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

| | |
|---|---------------------|
| 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, Berufs- oder Zeitsoldat?

Ja Nein

| | |
|----------------------------------|----------------|
| Name des Versorgungsträgers | Personalnummer |
| Anschrift des Versorgungsträgers | |

9. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworben (z. B. 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. schaftliche 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