



**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)?**

**Ja**                       **Nein**                      Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherung
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

**7. Sind oder waren Sie als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst (Bund, Länder, Bahn, Post, kirchlicher Bereich) tätig und haben Sie damit Anrechte aus einer Zusatzversorgung 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 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. schaffliche 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