

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

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

	Ehezeit:		
	Tag	Monat	Jahr
Beginn			
Ende			

(vom Familiengericht auszufüllen)

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

### Angaben zur Person

Familienname	Vornamen (Rufnamen 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
PLZ	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) Sind Sie Versicherter der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung? (Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Sie selbst Beiträge gezahlt haben oder für Sie Beiträge gezahlt worden sind, wenn zu Ihren Gunsten ein Versorgungsausgleich/ein Rentensplitting unter Ehegatten durchgeführt worden ist oder wenn Sie nach dem 31. März 1999 eine geringfügige versicherungsfreie Beschäftigung ausgeübt haben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Der <b>letzte Beitrag</b> wurde gezahlt für	
Monat      Jahr      zur Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Bundesversicherungsanstalt <input type="checkbox"/> Seekasse <input type="checkbox"/> der Angestellten <input type="checkbox"/> Bahnversicherungsanstalt <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenversicherung
c) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt (z. B. kaufmännischer Angestellter, Maurer, Landwirt usw.)	
d) 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

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?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n
	a)	Besoldungsstelle:	Personal-Nr.:
		Dienststelle:	Dienststellen-Nr.:
	b)	Besoldungsstelle:	Personal-Nr.:
		Dienststelle:	Dienststellen-Nr.:
2.	Wird Ihnen aufgrund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von	a) _____
			Versorgungs-Nr. _____
			b) _____
			Versorgungs-Nr. _____
3.	Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja	Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen?
			Name und Anschrift
			Personal-Nr.
			_____

## C Kapitalgedeckte ergänzende Altersvorsorge

Betreiben Sie eine die gesetzliche Rentenversicherung oder die Beamtenversorgung ergänzende, staatlich geförderte Altersvorsorge?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Form betreiben Sie die ergänzende Altersvorsorge?	
<input type="checkbox"/> betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung (dann bitte Abschnitt D <sup>2</sup> ausfüllen)	
<input type="checkbox"/> private Rentenversicherung (dann bitte Abschnitt F ausfüllen)	
<input type="checkbox"/> Investment- oder Banksparpläne (bitte Kopie der Vertragsunterlagen beifügen!)	

## D<sup>1</sup> Zusätzliche Alters- und Invaliditätsversorgung für Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes (Bund, Länder, Kommunen, kirchlicher Bereich)

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

**D<sup>2</sup> Betriebliche Altersversorgung**

1.	<p>Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?</p> <p>a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit zugesagt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:      Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Personal-Nr.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Beginn des Arbeitsverhältnisses</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>																
	<p>b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbstätigkeit zugesagt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:      Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">aa)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Personal- Nr.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Beschäftigungsverhältnis von - bis</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">bb)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Personal-Nr.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Beschäftigungsverhältnis von - bis</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>																
	<p>c) Bekommen Sie bereits Leistungen der betrieblichen Altersversorgung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:      Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.</b></p>																
2.	<p>Sind Sie durch Ihren Arbeitgeber Mitglied in einem selbstständigen Versorgungswerk (Pensions- oder Unterstützungskasse, Pensionsfond)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:      Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle</p>																
3.	<p>Hat Ihr Arbeitgeber für Sie eine Lebensversicherung auf Rentenbasis oder eine Kapitallebensversicherung mit Auszahlungsplan bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:      <b>Einzelheiten bitte unter Abschnitt F angeben.</b></p>																
4.	<p>Falls Sie keine der vorhergehenden Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange? Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: center;">Arbeitgeber</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Zeitdauer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Arbeitgeber	Zeitdauer														
Arbeitgeber	Zeitdauer																

**E. 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: <small>Name und vollständige Anschrift sowie Geschäftsnummer der Versorgungseinrichtung</small>
2.	Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.</b>

**F. Renten und Rentenanwartschaften aufgrund 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) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei <small>Name und vollständige Anschrift des Versicherungsunternehmers sowie Versicherungsnummer des Vertrages</small>									
<b>Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitalebensversicherung ein Wahlrecht zu Gunsten der Zahlung einer Rente ausgeübt oder ein Zahlungsplan vereinbart worden ist.</b>										
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 <b>Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen.</b>									
3.	Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen: <input type="checkbox"/> Erreichens der Altersgrenze <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls <b>Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen.</b>									
4.	Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Versicherungsnehmer</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Versicherte Person</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Beitragszahler</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table> Bezugsberechtigter: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> </tr> </table> Ist das Bezugsrecht widerruflich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler						
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler								

**G. Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** (z. B. Ansprüche auf ausländische Versicherungen, Abgeordnetenversorgung, Altershilfe für Landwirte, etc.)

1.	Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchstaben A bis F genannten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei <small>Name, vollständige Anschrift und Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung</small>
2.	Art der Versorgung <input type="checkbox"/> Altersrente ab Vollendung des      Lebensjahres <input type="checkbox"/> Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
3.	Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit <b>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.</b>

**H. Falls Sie alle Fragen zu A bis G 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 G 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 Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin und dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift