

**Amtsgericht**  
Familiengericht

Name und Vorname:

Geschäftszeichen des Familiengerichts:

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Angaben zur Person

Familienname	Vornamen	
Geburtsname	Früher geführte Name	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		

### Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

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

## A. Renten oder Rentenwirtschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

### 1. Versicherungsnummer

Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben?	Bearbeitungskennzeichen
nein      ja	Versicherungsnummer

### 2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/ Rentenbezug

a) Wurden Beitrags-, 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 für

Mon	Jahr	Rentenversicherung der Angestellten	Rentenversicherung der Arbeiter	Bundesbahnversiche- rungsanstalt	knappschaftl Renten- versicherung	Seekasse
-----	------	--	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------

d) Welchen Beruf über Sie aus oder Haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmännischer Angestellter, Maurer, Landwirt usw.)

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

nein      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	
nein	ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n  a) _____ Personal-Nr. _____  <u>Besoldungsstelle:</u>  b) _____ Personal-Nr. _____  <u>Besoldungsstelle:</u>
2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnis bereits eine Versorgung gewährt?	
nein	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?	
nein	ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen?  Name und Anschrift _____ Personal-Nr. _____

#### C. 1. 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 Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes angeschlossen ist oder eine andere betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?

nein      ja, bei:

Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung

---

Versorgungs-Nr.

---

Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers

---

2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?

nein      ja, von:      a) \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_

C<sub>2</sub>

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

---

Beginn des Arbeitsverhältnis

---

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 selbstständigen 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 umseitig unter Abschnitt E angeben.

4. Falls Sie keine der vorhergehenden Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange? Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.

**D. 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?

nein ja, bei Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. d. Versorgungseinrichtung

---

---

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein 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 Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)

nein ja, bei: Name und vollst. Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnr. des Vertrages

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

2. Art der Versorgung:

- Renten- oder Pensionsversicherung,
- Beginn der Rente im Alter von        Jahren
- Versicherung wegen Berufsunfähigkeit
- private Unfallversicherung

**Bitte Versicherungsvertrage in Fotokopie beifügen**

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

nein ja, wegen Erreichens der Altersrente Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls

**Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen**

#### 4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:

Versicherungsnehmer Versicherte Person Beitragszahler

**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 und vollständige Anschrift und Geschäfts- Nr. der Versorgungseinrichtung

2. Art der Versorgung: Altersrente ab Vollendung des Lebensjahres Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein ja Altersrente Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

**Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen**

G. Falls Sie alle Fragen zu A bis F 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 F bezeichneten Versorgungsträger zur Einholung von Auskünften über die für mich bestehenden Anrechte bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich sowie nach den §§ 1587 e, 1587 k. i. m. § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

## Datum

## Unterschrift