

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Zu einer Ehescheidung gehört die Teilung aller während der Ehe erworbenen Ansprüche auf Altersvorsorge (Versorgungsausgleich). Dieser Fragebogen dient der Ermittlung dieser Anrechte. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Hierzu sind Sie gesetzlich verpflichtet. Sollten Sie trotz sorgfältiger Prüfung eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese bitte offen.

1. Personalien

| | | | |
|---|---------|-----------------------------------|------------------------|
| Familiename | | Vornamen (Rufname unterstreichen) | Geburtsname |
| Staatsangehörigkeit | | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich | | Derzeit ausgeübter Beruf | Erlerner Beruf |
| Anschrift: Straße, Hausnummer | | | Telefonnummer tagsüber |
| Postleitzahl | Wohnort | | |

2. Haben Sie Anrechte in einer gesetzlichen Rentenversicherung erworben (z. B. als Arbeiter oder Angestellter, Kindererziehungszeiten)?

- Ja Nein

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name des Trägers der Rentenversicherung | Rentenversicherungsnummer | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung _____ <input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

3. 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 mit Anschrift | Betriebliche Altersversorgung zugesagt? | |
|---|---------------------------|---|-----------------------|
| | | Ja | Nein |
| Jetziger Arbeitgeber | | | |
| seit | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frühere Arbeitgeber seit der Eheschließung | | | |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Sind oder waren Sie als Arbeiter oder Angestellter im öffentlichen Dienst (Bund, Länder, Gemeinden, Bahn, Post, kirchlicher Bereich) tätig und haben Sie damit Anrechte aus einer Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes erworben?

- Ja Nein

| | |
|--|---------------------|
| Name der Zusatzversorgungseinrichtung | Versicherungsnummer |
| Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung | |

5. Sind oder waren Sie Beamter, Richter oder Berufssoldat?

- Ja Nein

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

6. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworben (z. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer)?

- Ja Nein

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Name des Versorgungswerkes | Versorgungsnummer |
| Anschrift des Versorgungswerkes | |

7. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen?

(Hier sind insbesondere aufzuführen: „Riester-Rente“, „Rürup-Rente“, Verträge nach dem Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungen, letztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einer ausländischen Versicherung.)

- Ja Nein

| | |
|---|---------------------|
| Name des Versicherungsunternehmens | Versicherungsnummer |
| Anschrift des Versicherungsunternehmens | |

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

8. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. B. Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versicherungen)?

- Ja Nein

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Name der Versorgungseinrichtung | Versorgungsnummer |
| Anschrift der Versorgungseinrichtung | |

9. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung)?

- Ja Nein

| | |
|---|---------------------|
| Name des Versicherungsunternehmens | Versicherungsnummer |
| Anschrift des Versicherungsunternehmens | |

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies?

- Ja, abgeschlossen Ja, beabsichtigt Nein
ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift