Amtsgericht
Familiengericht

Name und Vorname:

Geschäftszeichen des Familiengerichts:

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Angaben zur Person

Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		

Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

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

A. Renten oder Rentenanwartschaften 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	zur	Sozialversicherung der früheren DDR: Rentenversicherung der Angestellten	Rentenversicherung der Arbeiter	Bundesbahn-versicherungsanstalt	knappschaftlichen Rentenversicherung	Seekasse

d) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmännischer Angestellter, Maurer, Landwirt usw.)?

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

☐ nein ☐ ja

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.

Arbeitgeber	Zeitdauer

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. der 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 die Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)

☐ nein ☐ ja, bei: Name und vollständige Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnummer des Vertrages

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

2. Art der Versorgung:
☐ Renten- oder Pensionsversicherung.
Beginn der Rente im Alter von Jahren.
☐ Versicherung wegen Berufsunfähigkeit.
☐ private Unfallversicherung.

Bitte Versicherungsverträge 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

Bezugsberechtigter	Ist das Bezugsrecht widerruflich? ☐ nein ☐ ja

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, 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. V. m. § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuchs 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