

Amtsgericht \_\_\_\_\_ Familiengericht

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

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

	Ehezeit		
	Tag	Monat	Jahr
Beginn			
Ende			

(vom Familiengericht auszufüllen)

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

### Angaben zur Person

Familiennamen				Vornamen (Rufname unterstreichen)			
Geburtsname				Früher geführte Namen			
Geburtsdatum				Geschlecht		Staatsangehörigkeit	
				männlich weiblich			
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 zugeteilt?							
nein ja				Bearbeitungskennzeichen			
Versicherungsnummer							

### 2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/Rentenbezug

a) Sind Sie Versicherter der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung?							
nein ja							
b) Der letzte Beitrag wurde gezahlt für							
Mon. Jahr		zur		Rentenversicherung der Angestellten		Rentenversicherung der Arbeiter	
				Bahnversicherungsanstalt		knappschaftlichen 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?							
nein ja		Versicherungsnummer/Rentenzeichen				von bzw. bei welchem Versicherungsträger	

### 3. Angaben zu den Kindern

ehegemeinsame Kinder		Kinder des Mannes		Kinder der Frau	
1. _____ geb. _____	1. _____ geb. _____	1. _____ geb. _____	2. _____ geb. _____	2. _____ geb. _____	3. _____ geb. _____
2. _____ geb. _____	2. _____ geb. _____	3. _____ geb. _____			
3. _____ geb. _____					

## 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		Personal-Nr.
Besoldungsstelle		
a)	Dienststelle	Dienststellen-Nr.
Besoldungsstelle		Personal-Nr.
b)	Dienststelle	Dienststellen-Nr.

2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse 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. Kapitaldeckte ergänzende Altersvorsorge

Betreiben Sie eine die gesetzliche Rentenversicherung oder die Beamtenversorgung ergänzende, staatliche geförderte Altersvorsorge?

nein                      ja

Wenn ja, in welcher Form betreiben Sie die ergänzende Altersvorsorge?

betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung  
(dann bitte Abschnitt D.<sup>2</sup> ausfüllen)

private Rentenversicherung  
(dann bitte Abschnitt F. ausfüllen)

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, 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	
		_____	Versicher.-Nr.
		Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers	
		_____	
2. Werden oder wurden Bezüge von solchen Einrichtungen bezahlt?			
nein	ja, von:	a) _____	Versicher.-Nr.
		b) _____	Versicher.-Nr.

### D.<sup>2</sup> Betriebliche Altersversorgung

1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?			
a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine betriebliche Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit zugesagt?			
nein	ja, wenn ja:	Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers	
		_____	Personal-Nr.
		Beginn des Arbeitsverhältnisses	
		_____	
b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit 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-, Unterstützungskasse oder Pensionsfond)?

nein ja, wenn ja: Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Arbeitgeber für Sie eine Lebensversicherung auf Rentenbasis oder eine Kapitallebensversicherung mit Auszahlungsplan bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen?

nein ja, wenn ja: Einzelheiten bitte umseitig unter Abschnitt E angeben.

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

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?

nein ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein ja

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.

V 1: Fragebogen zum Versorgungsausgleich (11.01)

**F. Renten und Rentenanwartschaften auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages**

1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf die Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)

nein    ja, wenn ja:            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 oder ein Auszahlungsplan vereinbart worden ist.

---

2. Art der Versorgung?

Renten- oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.

Versicherung wegen Berufsunfähigkeit.

private Unfallversicherung

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.

---

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

nein    ja, wegen:            Erreichen der Altersgrenze    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

**G. Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**

(z. B. Ansprüche auf ausländische Versicherungen, Abgeordnetenversorgung, Alterssicherung für Landwirte etc.)

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A bis F genannten?

nein    ja, bei:            Name, vollständige Anschrift und Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

2. Art der Versorgung:    Altersrente ab Vollendung des \_\_\_\_\_ Lebensjahres    Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

---

3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein    ja            Altersrente    Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bitte Versorgungsbescheide in Fotokopie beifügen.

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

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_