

FRAGEBOGEN ZUM VERSORGUNGS AUSGLEICH

Angaben zur Person

> Bitte leere Felder ausfüllen bzw. Angaben ergänzen! <

Familiennamen		Vornamen (Rufname unterstreichen)	
Geburtsname		Früher geführte Namen	
Geburtsdatum		Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Geburtsort			

Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

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

Beruf:

Bitte zutreffende Kästchen des dreiseitigen Formulars ankreuzen bzw. ausfüllen und die aufgeführten Unterlagen beifügen. Sollten Sie über weitere Versorgungen verfügen, die aus Platzgründen nicht mehr in diesen Vordruck eingetragen werden können, so benennen Sie diese bitte in einer formlosen Anlage und fügen Sie entsprechende Unterlagen bei.

A Ich habe Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

- bei der Deutschen Rentenversicherung Bund
- bei der Deutschen Rentenversicherung Nord
- bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See
- bei

Meine Versicherungsnummer lautet:

keine Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

B Ich habe Anwartschaften aus öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Hierzu zählt auch ein Anspruch auf Nachversicherung aus einer früheren Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis (z.B. Referendar, Zeitsoldat).

Name und vollständige Anschrift der betreffenden Beschäftigungsbehörde lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Ich habe folgende Personalnummer:

keine Anwartschaften nach beamtenrechtlichen Vorschriften.

C₁ Ich habe

Anwartschaften aus einer **Zusatzversorgung** (Alters- und Invaliditätsversorgung) **des öffentlichen Dienstes** (Bund, Länder, Kommunen, Bahn, Post, kirchlicher Bereich; z. B. VBL Karlsruhe).

Name und **vollständige Anschrift** der Zusatzversorgung lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Versicherungsnummer** lautet:

keine Anwartschaften aus einer **Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes**.

C₂ Ich habe

Anwartschaften aus einer **betrieblichen Alters- oder Invaliditätsversorgung**.

Name und **vollständige Anschrift** des Arbeitgebers bzw. des Trägers der Altersversorgung lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Personalnummer** lautet:

Ich bin bzw. war in der Zeit vom.....bis zum.....in dem Betrieb beschäftigt.

Name und **vollständige Anschrift** eines weiteren Arbeitgebers lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Personalnummer** lautet:

Ich bin bzw. war in der Zeit vom.....bis zum.....in dem Betrieb beschäftigt.

keine Anwartschaften aus einer **betrieblichen Alters- oder Invaliditätsversorgung**.

D Ich habe

Anwartschaften aus einer **Versorgungseinrichtung der freien Berufe** (z. B. der Ärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte, Ingenieure, Steuerberater usw.).

Name und **vollständige Anschrift** der Versorgungseinrichtung lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Mitgliedsnummer** lautet:

Ich füge eine Kopie einer Mitgliedsbescheinigung bei.

keine Anwartschaften aus einer **Versorgungseinrichtung der freien Berufe**.

E Ich habe

Rentenanwartschaften aus Renten- bzw. Lebensversicherungen (z.B. Riesterente; dagegen fallen Lebensversicherungen, bei denen zu einem bestimmten Zeitpunkt ein einmaliger Kapitalbetrag ausgezahlt wird, nicht unter den Versorgungsausgleich).

Name und **vollständige Anschrift** der Lebensversicherungsgesellschaften lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Versicherungsnummer** lautet:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Versicherungsnummer** lautet:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Meine **Versicherungsnummer** lautet:

keine **Rentenanwartschaften** aus einer **Renten- bzw. Lebensversicherung**.

F Ich habe

sonstige Versorgungsanwartschaften für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters (z.B. Ansprüche auf ausländische Versicherungen, Abgeordnetenversorgung, Altershilfe für Landwirte, etc.).

Name und **vollständige Anschrift** der Einrichtung lauten:

Vollständiger Name:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

Ich füge eine Kopie einer Mitgliedsbescheinigung bei.

keine **sonstigen Versorgungsanwartschaften** für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters.

Falls Sie alle Fragen zu A bis F mit nein beantwortet haben, erläutern Sie bitte, in welcher Weise Sie für das Alter vorgesorgt haben, und fügen Sie bitte Ihren Lebenslauf als Anlage bei.

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 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 Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____