

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gehört die Teilung aller während der Lebenspartnerschaft erworbenen Ansprüche auf Alters- und Invalidenvorsorge (Versorgungsausgleich). Dieser Fragebogen dient der Ermittlung dieser Anrechte. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Hierzu sind Sie gesetzlich verpflichtet.

### 1. Personalien

|   |         |                                   |   |  |
|---|---------|-----------------------------------|---|--|
| Familienname  |         | Vornamen (Rufname unterstreichen) | Geburtsname   |  |
| Staatsangehörigkeit   |         | Geburtsdatum                      | Geburtsort  |  |
| Geschlecht<br><input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich |         | Derzeit ausgeübter Beruf          |   |  |
| Anschrift: Straße, Hausnummer   |         |                                   | Telefonnummer tagsüber (für Rückfragen bitte unbedingt angeben) |  |
| Postleitzahl  | Wohnort |                                   |   |  |

### 2. Haben Sie mit Ihrer Lebenspartnerin bzw. Ihrem Lebenspartner eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen?

Ja, abgeschlossen  Nein

ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

### 3. Haben Sie Anrechte in einer gesetzlichen Rentenversicherung erworben (z. B. als Arbeitnehmer, selbständig Tätiger, Wehr- oder Zivildienstleistender oder wegen der Erziehung eines Kindes)?

Ja  Nein

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe)   |  | Rentenversicherungsnummer  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung _____<br><input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Bund<br><input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See |  | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 4. Bei welchem Arbeitgeber sind Sie derzeit, bei welchen Arbeitgebern waren Sie seit Begründung der Lebenspartnerschaft beschäftigt? Sind Ihnen betriebliche Altersversorgungen zugesagt worden? Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

| Zeitraum   | Arbeitgeber (die Angabe der Anschriften ist unbedingt erforderlich) | Betriebliche Altersversorgung zugesagt? |                       |
|--|---|---|-----------------------|
|  |   | Ja                                      | Nein                  |
| <b>Jetziger Arbeitgeber (mit <u>Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer)</b>                       |   |   |                       |
| seit   |   | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> |
| <b>Frühere Arbeitgeber seit der Eheschließung (mit <u>Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer)</b> |   |   |                       |
|  |   | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> |
|  |   | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> |
|  |   | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> |

### 5. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen?

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

Bei mehr als zwei Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

Ja  Nein

Versicherung Nr. 1

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

Versicherung Nr. 2

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

**6. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung)?** Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

Ja  Nein

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

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

**7. Sind oder waren Sie als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst (Bund, Länder, Gemeinden, Bahn, Post, kirchlicher Bereich) tätig und haben Sie damit Anrechte aus einer Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes oder bei kirchlichen Zusatzversorgungskassen erworben?**

Ja  Nein

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

**8. Sind oder waren Sie Beamter, Richter oder Berufssoldat?**

Ja  Nein

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

**9. 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 |                   |

**10. 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 |                   |

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift