



## 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?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde(n) <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
	a) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> Besoldungsstelle <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
	b) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> Besoldungsstelle <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von: a) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <span style="float: right;">Versorgungs-Nr.</span>
	b) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <span style="float: right;">Versorgungs-Nr.</span>
3. Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen? <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
	Name und Anschrift

## C1. 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?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span>
	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers
2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von: a) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span>
	b) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span>

## C2. Betriebliche Altersversorgung

1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?	
a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> Beginn des Arbeitsverhältnisses
b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
	aa) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> Beschäftigungsverhältnis vom ..... bis ..... <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>
	bb) <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> Beschäftigungsverhältnis vom ..... bis ..... <span style="float: right;">Personal-Nr.</span>

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 selbständigen 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 Aktenzeichen 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:			<input type="checkbox"/> Renten- oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von _____ Jahren
			<input type="checkbox"/> Versicherung wegen Berufsunfähigkeit.
			<input type="checkbox"/> private Unfallversicherung.
Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen.			
3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen	<input type="checkbox"/> Erreichens der Altersgrenze.	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls.
Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen.			
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:			
Versicherungsnummer	Versicherte Person	Beitragszahler	
Bezugsberechtigter	Ist das Bezugsrecht widerruflich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**F. Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z.B. Ansprüche auf ausländische Versicherungen, Abgeordnetenversorgung, Altershilfe für Landwirte, etc.)**

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchstaben A - E genannten?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei: Name, vollständige Anschrift und Aktenzeichen der Versorgungseinrichtung
<hr/> <hr/>	
2. Art der Versorgung:	
<input type="checkbox"/> Altersrente ab Vollendung des _____ Lebensjahres	<input type="checkbox"/> Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> 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 zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin und daß die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift