





**C<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:  
\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers:  
\_\_\_\_\_

2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?  
 nein  ja, von a) \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**C<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 Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?  
 nein  ja wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers:  
\_\_\_\_\_  
Beginn des Beschäftigungsverhältnisses: \_\_\_\_\_ Personal-Nr.: \_\_\_\_\_

b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?  
 nein  ja wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers:  
aa) \_\_\_\_\_ Beschäftigungsverhältnis von ... bis ...:  
\_\_\_\_\_ Personal Nr.: \_\_\_\_\_  
bb) \_\_\_\_\_ Beschäftigungsverhältnis von ... bis ...:  
\_\_\_\_\_ Personal Nr.: \_\_\_\_\_

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 (Pension- 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 unter Abschnitt E angeben.

4. Werden von Ihrem Arbeitgeber Bestandteile Ihres Lohns oder Gehalts zur Bildung einer zusätzlichen Altersversorgung abgezweigt (z. B. Gehaltsumwandlung, Riester-Rente)?  
 nein  ja wenn ja: Einzelheiten bitte angeben und vorhandene Verträge in Fotokopie beifügen.

**D Renten und Anwartschaften aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. Versorgungswerke der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Architekten, etc.)**

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 Falls 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.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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"/> Erreichen der Altersgrenze <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen		
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag: Versicherungsnehmer/in: _____ Versicherte Person: _____ Beitragszahler/in: _____ Bezugsberechtigte/r: _____ Ist das Bezugsrecht widerruflich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

## F Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen Erwerbsminderung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z. B. Ansprüche auf ausländische Versicherungen, Abgeordnetenversorgung, Alterssicherung der 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 Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung: _____ _____	
2. Art der Versorgung: <input type="checkbox"/> Altersgrenze ab Vollendung des _____ Lebensjahres <input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung bzw. 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 Erwerbsminderung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.	

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 \_\_\_\_\_