







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 zusagt hat?

a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?

- nein  ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginn des Arbeitsverhältnisses

\_\_\_\_\_

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 (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 unter Abschnitt E angeben.

**D Renten und Anwartschaften aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, z. B. Versorgungswerke der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Notare u. Rechtsanwälte**

<p>1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer Versorgungseinrichtung eines freien Berufs?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Wir Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ja: Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.)</p>

**E Renten und Rentenanwartschaften auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages**

<p>1. Haben Sie eine <b>Anwartschaft auf Rentenleistungen</b> aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Name und vollständige Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnummer des Vertrages</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung einer Rente ausgeübt worden ist.</p>						
<p>2. Art der Versorgung:</p> <p><input type="checkbox"/> Renten- oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von ____ Jahren</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherung wegen Berufsunfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> private Unfallversicherung</p> <p><b>(Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen)</b></p>						
<p>3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen <input type="checkbox"/> Erreichens der Altersgrenze <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls</p> <p><b>(Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen)</b></p>						
<p>4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:</p> <table><tr><td>Versicherungsnehmer/in</td><td>Versicherte Person</td><td>Beitragszahler/in</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table> <p>Bezugsberechtigte/r: _____ Ist das Bezugsrecht widerruflich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	Versicherungsnehmer/in	Versicherte Person	Beitragszahler/in	_____	_____	_____
Versicherungsnehmer/in	Versicherte Person	Beitragszahler/in				
_____	_____	_____				

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

<p>1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A – E genannten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bei: Name, vollständige Anschrift und Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Art der Versorgung:    <input type="checkbox"/> Altersrente ab Vollendung des _____ Lebensjahres                                   <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit</p>
<p>2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> Altersrente    <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit <b>(Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen)</b></p>

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_