Amtsgericht _____ Aktenzeichen _____

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Zu einer Ehescheidung gehört die Teilung aller während der Ehe erworbenen Ansprüche auf Alters- und Invaliditätsvorsorge (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 ☐ männlich ☐ weiblich	Derzeit ausgeübter Beruf	
Anschrift: Straße, Hausnummer		**Telefonnummer tagsüber** (für Rückfragen bitte unbedingt angeben)
Postleitzahl	Wohnort	

2. Haben Sie mit ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen?

☐ **Ja, abgeschlossen** ☐ **Nein**
ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen

3. Haben Sie eine Versichungsnummer in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ **Ja, bei** ☐ **Nein**

Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe)	**Rentenversicherungsnummer**
☐ Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA) ☐ Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ☐ Deutsche Rentenversicherung (früher LVA) _____ (genaue Bezeichnung des Regionalträgers)	

4. Bei welchem Arbeitgeber sind Sie derzeit, bei welchen Arbeitgebern waren Sie seit der Eheschließung 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
Jetziger Arbeitgeber (mit Anschrift und Angabe der Personalnummer)			
seit		☐	☐
Frühere Arbeitgeber seit der Eheschließung (mit Anschrift und Angabe der Personalnummer)			
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

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 Veträge bei einer ausländischen Versicherung).
Bei mehr als zwei Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Zu Ziff. 5: Versicherung Nr. 1

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Zu Ziff. 5: 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	

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, Berufs- oder Zeitsoldat?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Name des Versorgungsträgers	Personalnummer
Anschrift des Versorgungsträgers	

9. Haben Sie Anrechte in einer berufständischen 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 Versorgungen)?

☐ **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