





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 Stell

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Angaben 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 Geschäfts-Nr. 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 <b>Anwartschaft auf Rentenleistungen</b> 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"/> Erreichens der Altersgrenze <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls		
Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen.		
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:		
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler
Bezugsberechtigter	Ist das Bezugsrecht widerrechtlich? <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 Buchst. 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"/> 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 nach § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich sowie nach den §§ 1587e, 1587 k in Verbindung mit § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, daß die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_