

Amtsgericht \_\_\_\_\_ Familiengericht

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

|        |         |       |      |
|--------|---------|-------|------|
|        | Ehezeit |       |      |
|        | Tag     | Monat | Jahr |
| Beginn |         |       |      |
| Ende   |         |       |      |

(vom Familiengericht auszufüllen)

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

### Angaben zur Person

|              |  |   |                     |
|--------------|--|---|---------------------|
| Familienname |  | Vornamen (Rufname unterstreichen)                                   |                     |
| Geburtsname  |  | Früher geführte Namen   |                     |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht  | Staatsangehörigkeit |
|              |  | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |                     |
| Geburtsort   |  |   |                     |

### Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

|                    |         |                                    |
|--------------------|---------|------------------------------------|
| Straße, Hausnummer |         | Telefon (Vorwahl/Ruf-Nr.) tagsüber |
| Postleitzahl       | Wohnort |                                    |
|                    |         |                                    |

## A. Renten oder Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

### 1. Versicherungsnummer

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer zugeteilt?   |                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                         |
| Versicherungsnummer                                       | Bearbeitungskennzeichen |
|   |                         |

### 2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/Rentenbezug

|  |   |
|--|---|
| a) Sind Sie Versicherter der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung?  |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |
| b) Der letzte Beitrag wurde gezahlt für  |   |
| Mon. Jahr  |   |
|  |   |
| zur  | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Angestellten <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Arbeiter <input type="checkbox"/> Bahnversicherungsanstalt <input type="checkbox"/> knappschaftlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Seekasse |
| c) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmännischer Angestellter, Maurer, Landwirt usw.)?   |   |
|  |   |
| d) Wird aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt? |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | Versicherungsnummer/Rentenzeichen von bzw. bei welchem Versicherungsträger  |

### 3. Angaben zu den Kindern

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ehedgemeinsame Kinder | <input type="checkbox"/> Kinder des Mannes | <input type="checkbox"/> Kinder der Frau |
| 1. _____ geb. _____                            | 1. _____ geb. _____                        | 1. _____ geb. _____                      |
| 2. _____ geb. _____                            | 2. _____ geb. _____                        | 2. _____ geb. _____                      |
| 3. _____ geb. _____                            | 3. _____ geb. _____                        | 3. _____ geb. _____                      |

## 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   |                   |
| Besoldungsstelle  | Personal-Nr.      |
| a) _____  | _____             |
| Dienststelle  | Dienststellen-Nr. |
| _____   | _____             |
| Besoldungsstelle  | Personal-Nr.      |
| b) _____  | _____             |
| Dienststelle  | Dienststellen-Nr. |
| _____   | _____             |

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| 2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt?   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja, von:     | a) _____ Versorgungs-Nr.   |
|  |                                       | b) _____ Versorgungs-Nr.   |
| 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?<br>Name und Anschrift _____ Personal-Nr. _____ |

### C. Kapitaldeckte ergänzende Altersvorsorge

Betreiben Sie eine die gesetzliche Rentenversicherung oder die Beamtenversorgung ergänzende, staatliche geförderte Altersvorsorge?

nein  ja

Wenn ja, in welcher Form betreiben Sie die ergänzende Altersvorsorge?

- betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung  
(dann bitte Abschnitt D.<sup>2</sup> ausfüllen)
- private Rentenversicherung  
(dann bitte Abschnitt F. ausfüllen)
- Investment- oder Banksparrpläne  
(bitte Kopie der Vertragsunterlagen beifügen)

### D.<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? |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, bei: | Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung _____ |
|   |                                   | Versicher.-Nr. _____   |
|   |                                   | Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers _____                 |
| 2. Werden oder wurden Bezüge von solchen Einrichtungen bezahlt?   |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, von: | a) _____ Versicher.-Nr.  |
|   |                                   | b) _____ Versicher.-Nr.  |

### D.<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 betriebliche Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit zugesagt? |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: | Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers _____ |
|  |                                       | Personal-Nr. _____                                     |
|  |                                       | Beginn des Arbeitsverhältnisses _____                  |
| b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit zugesagt?                |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: | Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers _____ |
|  | aa)                                   | Personal-Nr. _____                                     |
|  |                                       | Beschäftigungsverhältnis von – bis _____               |
|  | bb)                                   | Personal-Nr. _____                                     |
|  |                                       | Beschäftigungsverhältnis von – bis _____               |

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 selbstständigen Versorgungswerk (Pensions-, Unterstützungskasse oder Pensionsfond)?

nein  ja, wenn ja: Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Arbeitgeber für Sie eine Lebensversicherung auf Rentenbasis oder eine Kapitallebensversicherung mit Auszahlungsplan bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen?

nein  ja, wenn ja: Einzelheiten bitte umseitig unter Abschnitt E angeben.

4. Falls Sie keine der vorherigen Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange?  
Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.

| Arbeitgeber | Zeitdauer |
|-------------|-----------|
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |
|             |           |

**E. 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, wenn ja: Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein  ja

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.

V 1: Fragebogen zum Versorgungsausgleich (11.01)

## F. Renten und Rentenanwartschaften auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages

|   |                                   |   |                     |                    |                |                    |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|---------------------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------------------------|---|
| <p>1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf die Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, wenn ja:   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 oder ein Auszahlungsplan vereinbart 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>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.</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"/> Erreichen der Altersgrenze   <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls</p> <p>Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen.</p>  |                                   |   |                     |                    |                |                    |                                   |   |
| <p>4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnehmer</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherte Person</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Beitragszahler</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Bezugsberechtigter</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ist das Bezugsrecht widerruflich?</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table> |                                   |   | Versicherungsnehmer | Versicherte Person | Beitragszahler | Bezugsberechtigter | Ist das Bezugsrecht widerruflich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Versicherungsnehmer   | Versicherte Person                | Beitragszahler  |                     |                    |                |                    |                                   |   |
| Bezugsberechtigter  | Ist das Bezugsrecht widerruflich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                     |                    |                |                    |                                   |   |

## G. Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

(z. B. Ansprüche auf ausländische Versicherungen, Abgeordnetenversorgung, Alterssicherung für Landwirte etc.)

|   |  |
|---|--|
| <p>1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A bis F 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>2. Art der Versorgung:   <input type="checkbox"/> Altersrente ab Vollendung des _____ Lebensjahres   <input type="checkbox"/> Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</p>  |  |
| <p>3. 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 verminderter Erwerbsfähigkeit</p> <p>Bitte Versorgungsbescheide in Fotokopie beifügen.</p> |  |

## H. Falls Sie alle Fragen zu A bis G 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 G 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 §§ 1587 e, 1587 k in Verbindung mit § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleiches erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist bekannt, dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hinweis:

Mit der Scheidung können sich, insbesondere bei einer Familienversicherung, Änderungen im Krankheitskostenschutz ergeben.

Bei Zweifeln informieren Sie sich daher bitte bei Ihrem Leistungsträger.

# Erläuterungen

## zum Ausfüllen der ersten Seite des Fragebogens zum Versorgungsausgleich

Den Fragebogen zum Versorgungsausgleich hat jeder Ehegatte für seine eigenen Versorgungsansprüche und -anwartschaften auszufüllen.

### Zweck des Versorgungsausgleichs

Durch den Versorgungsausgleich sollen die während der Ehe - von jedem Ehegatten grundsätzlich für beide Ehegatten - erwirtschafteten Anrechte auf spätere Versorgung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit (Rente) bei der Scheidung so verteilt und zugeordnet werden, dass das Rentenversicherungskonto beider Ehegatten einen gleich hohen Zuwachs in der Ehezeit aufzuweisen hat, d. h., dass jeder Ehegatte während der Ehe gleich viel Rente erworben hat.

### Angaben zur Person

Die Angaben zur Person (Name, Vorname, Geburtsdatum usw.) müssen vor allem den Eintragungen in der Geburtsurkunde entsprechen. Sie sind in erster Linie erforderlich, damit das Beitragskonto bei Ihrem Rentenversicherungsträger einwandfrei ermittelt werden kann. Diesem Zweck dienen auch die Fragen nach dem Geburtsnamen und den „früheren Namen“, unter denen die Versicherungsunterlagen möglicherweise verwahrt werden.

### A. 1. Angaben zur Versicherungsnummer

#### 2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/Rentenbezug

Zur Klärung des bisherigen Versicherungsverhältnisses in der gesetzlichen Rentenversicherung wird um die Beantwortung von vier Fragen gebeten. Bitte beantworten Sie diese auch dann, wenn Sie Beamter, Richter oder Berufssoldat sind und vor der Berufung in dieses Dienstverhältnis Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt haben.

a) Sind Sie Versicherter der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung?

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Sie selbst Beiträge gezahlt haben oder für Sie Beiträge gezahlt worden sind, wenn zu Ihren Gunsten ein Versorgungsausgleich/ein Rentensplitting unter Ehegatten durchgeführt worden ist oder wenn Sie nach dem 31. März 1999 eine geringfügige versicherungsfreie Beschäftigung ausgeübt haben.

Nachweis über eine Beitragsentrichtung zur gesetzlichen Rentenversicherung sind u. a.:

Quittungskarten - Versicherungskarten - Versicherten- bzw. Aufrechnungsbescheinigungen - Beitragsbescheinigungen - Wiederherstellungsbescheide - Bescheinigungen über in bar gezahlte oder überwiesene Beiträge - Versicherungsverläufe - Entgeltbescheinigungen (Versicherungskarten) aus dem Sozialversicherungsnachweisheft - Ablichtungen der Versicherungskarten - Seefahrtsbücher - Bescheinigungen der Reedereien - Bergmannsbuch - Abkehrscheine - Arbeitgeberbescheinigungen - Rentenbescheide.

Für die Rente bedeutsam können auch die Zeiten einer ausländischen Sozialversicherung sein. Sind solche Zeiten vorhanden, ist Frage G zu bejahen.

b) Letzter Beitrag

Die Antwort ergibt sich aus den unter Buchstaben a) angegebenen Unterlagen. Diese Frage ist bedeutsam für die Feststellung, welcher Versicherungsträger für die Auskunft über die in der gesetzlichen Rentenversicherung erworbenen Versorgungsansprüche zuständig ist.

c) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

Die Angaben dienen der Ermittlung des zuständigen Rentenversicherungsträgers.

d) Wird aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt?

Diese Frage ist nur zu bejahen, wenn zur Zeit der Auskunft eine Versichertenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wird oder wenn ein Rentenanspruch gestellt worden ist. Die Frage ist dagegen auch dann zu verneinen, wenn eine Rente gezahlt wurde und diese bereits wieder weggefallen ist oder wenn eine Hinterbliebenenrente gezahlt wird.

Wird eine Versichertenrente gezahlt oder ist eine Versichertenrente beantragt worden, so ist außerdem der Rentenversicherungsträger anzugeben, der die Rente zahlt oder bei dem der Antrag bearbeitet wird.