

Amtsgericht _____

Aktenzeichen _____

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gehört die Teilung aller während der Lebenspartnerschaft erworbenen Ansprüche auf Alters- und Invalidenvorsorge (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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Derzeit ausgeübter Beruf	
Anschrift: Straße, Hausnummer			Telefonnummer tagsüber (für Rückfragen bitte unbedingt angeben)
Postleitzahl	Wohnort		

2. Haben Sie mit Ihrer Lebenspartnerin bzw. Ihrem Lebenspartner eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen?

- Ja, abgeschlossen Nein
 ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen

3. Haben Sie Anrechte in einer gesetzlichen Rentenversicherung erworben (z.B als Arbeitnehmer, selbständig Tätiger, Wehr- oder Zivildienstleistender oder wegen der Erziehung eines Kindes)?

- Ja Nein

Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe)		Rentenversicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung _____ <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See		_____

4. Bei welchem Arbeitgeber sind Sie derzeit, bei welchen Arbeitgebern waren Sie seit Begründung der Lebenspartnerschaft beschäftigt? Sind Ihnen betriebliche Altersversicherungen zugesagt worden? Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Zeitraum	Arbeitgeber (die Angabe der Anschriften ist unbedingt erforderlich)	Betriebliche Altersversicherung zugesagt?	
		Ja	Nein

Versicherung Nr. 1

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

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	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

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 oder Berufssoldat?

Ja Nein

Name des Versorgungsträgers	Personalnummer
Anschrift des Versorgungsträgers	

9. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworben (z. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer)?

Ja Nein

Name des Versorgungswerkes	Versorgungsnummer
----------------------------	-------------------

