





**C<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?  
 nein  ja, bei Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung  
\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers  
\_\_\_\_\_

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 zugesagt hat?  
a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt ?  
 nein  ja wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers  
\_\_\_\_\_  
Personal-Nr.: \_\_\_\_\_  
Beschäftigungsverhältnis von – bis \_\_\_\_\_

b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?  
 nein  ja wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers  
\_\_\_\_\_  
aa) \_\_\_\_\_ Personal-Nr.: \_\_\_\_\_  
Beschäftigungsverhältnis von – bis \_\_\_\_\_  
aa) \_\_\_\_\_ 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 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**

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 Falls ja: Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.

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

1. Haben Sie eine **Anwartschaft auf Rentenleistungen** aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf die Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden.)  
 nein  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:  
 Renten- oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  
 Versicherung wegen Berufsunfähigkeit.  
 private Unfallversicherung.  
**Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen.**

3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?  
 nein  ja, wegen  Erreichens der Altersgrenze  
 Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls  
**Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen.**

4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:  
Versicherungsnehmer/in \_\_\_\_\_ Versicherte Person \_\_\_\_\_ Beitragszahler/in \_\_\_\_\_  
Bezugsberechtigte/r \_\_\_\_\_  
Ist das Bezugsrecht widerruflich?  nein  ja

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

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A – E genannten?  
 nein  ja, bei Name, vollständige Anschrift und Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Art der Versorgung:  Altersrente ab Vollendung des \_\_\_\_\_ Lebensjahres  
 Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?  
 nein  ja  Altersrente  
 Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit  
**Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen.**

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 zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleich erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin und dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift