Amtsgericht _____ Geschäftsnummer _____

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gehört die Teilung aller während der Lebenspartnerschaft erworbenen Ansprüche auf Altersvorsorge (Versorgungsausgleich). Dieser Fragebogen dient der Ermittlung dieser Anrechte. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Hierzu sind Sie gesetzlich verpflichtet. Sollten Sie trotz sorgfältiger Prüfung eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese bitte offen.

1. Personalien

Familienname	Vornamen (Rufname unterstreichen)	Geburtsname
Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht ○ männlich ○ weiblich	Derzeit ausgeübter Beruf	Erlernter Beruf
Anschrift: Straße, Hausnummer		Telefonnummer tagsüber
Postleitzahl	Wohnort	

2. Haben Sie Anrechte in einer gesetzlichen Rentenversicherung erworben (z. B. als Arbeiter oder Angestellter, Kindererziehungszeiten)?

○ Ja ○ Nein

Name des Trägers der Rentenversicherung ○ Deutsche Rentenversicherung _____ ○ Deutsche Rentenversicherung Bund ○ Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	Rentenversicherungsnummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Zeitraum	Arbeitgeber mit Anschrift	Betriebliche Altersversorgung zugesagt?	
		Ja	Nein
Jetziger Arbeitgeber			
seit		○	○
Frühere Arbeitgeber seit Begründung der Lebenspartnerschaft			
		○	○
		○	○
		○	○

4. Sind oder waren Sie als Arbeiter oder Angestellter im öffentlichen Dienst (Bund, Länder, Gemeinden, Bahn, Post, kirchlicher Bereich) tätig und haben Sie damit Anrechte aus einer Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes erworben?

○ Ja ○ Nein

Name der Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer
Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung	

5. Sind oder waren Sie Beamter, Richter oder Berufssoldat?

○ Ja ○ Nein

Name des Versorgungsträgers	Personalnummer
Anschrift des Versorgungsträgers	

6. 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
Anschrift des Versorgungswerkes	

7. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen?
(Hier sind insbesondere aufzuführen: „Riester-Rente“, „Rürup-Rente“, Verträge nach dem Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungen, letztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einer ausländischen Versicherung.)

○ Ja ○ Nein

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

8. 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	

9. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung)?

○ Ja ○ Nein

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

10. Haben Sie mit Ihrer Lebenspartnerin bzw. Ihrem Lebenspartner eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies?

○ Ja, abgeschlossen ○ Ja, beabsichtigt ○ Nein
ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____