

Zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft gehört die Teilung aller während der Lebenspartnerschaft erworbenen Ansprüche auf Alters- und Invaliditätsvorsorge (Versorgungsausgleich). Dieser Fragebogen dient der Ermittlung dieser Anrechte. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Hierzu sind Sie gesetzlich verpflichtet.

Familienname		Vornamen (Rufname unterstreichen)	Geburtsname
Staatsangehörigkeit		Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht männlich weiblich		Derzeit ausgeübter Beruf	
Anschrift: Straße, Hausnummer			Telefonnummer tagsüber (für Rückfragen bitte unbedingt angeben)
Postleitzahl	Wohnort		

Ja, abgeschlossen
ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

Ja Nein

Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe) Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA) Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Deutsche Rentenversicherung (früher LVA)	Rentenversicherungsnummer
---	-----------------------------------

Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Zeitraum	Arbeitgeber (die Angabe der Anschriften ist unbedingt erforderlich)	Betriebliche Altersversorgung zugesagt?	
		Ja	Nein
Jetziger Arbeitgeber (mit <u>Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer)			
seit			
Frühere Arbeitgeber seit der Lebenspartnerschaft <u>(mit Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer)			

(Hier sind insbesondere aufzuführen: Verträge nach dem Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (z. B. "Riester-Rente", "Rürup-Rente"), private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungen, letztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einer ausländischen Versicherung.)
Bei mehr als zwei Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

Ja Nein



Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden!

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Name der Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungsnummer
Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung	

Name des Versorgungsträgers	Personalnummer
Anschrift des Versorgungsträgers	

Name des Versorgungswerkes	Versorgungsnummer
Anschrift des Versorgungswerkes	

Name der Versorgungseinrichtung	Versorgungsnummer
Anschrift der Versorgungseinrichtung	

Unterschrift _____