

**Zu einer Ehescheidung gehört die Teilung aller während der Ehe 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<br>männlich      weiblich |         | Derzeit ausgeübter Beruf          |                                                                        |
| Anschrift: Straße, Hausnummer        |         |                                   | <b>Telefonnummer tagsüber</b> (für Rückfragen bitte unbedingt angeben) |
| Postleitzahl                         | Wohnort |                                   |                                                                        |

Ja, abgeschlossen  
ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name des Trägers der Rentenversicherung (genaue Angabe)<br><br>Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA)<br>Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See<br>Deutsche Rentenversicherung _____<br>(früher LVA) (genaue Bezeichnung des Regionalträgers) | Rentenversicherungsnummer<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 10%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 20%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 30%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 40%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 50%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 60%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 70%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 80%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 90%; width: 5%; height: 100%; border-left: 1px solid black;"></div> </div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 Eheschließung (mit <u>Anschrift</u> und Angabe der Personalnummer) |                                                                     |                                         |      |
|                                                                                                 |                                                                     |                                         |      |
|                                                                                                 |                                                                     |                                         |      |
|                                                                                                 |                                                                     |                                         |      |

## Ja                      Nein

Zu Ziff. 5: Versicherung Nr. 1

|                                         |                     |
|-----------------------------------------|---------------------|
| Name des Versicherungsunternehmens      | Versicherungsnummer |
| Anschrift des Versicherungsunternehmens |                     |

Zu Ziff. 5: 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 |                     |

**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, Berufs- oder Zeitsoldat?**

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 |
| Anschrift des Versorgungswerkes |                   |

**10. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z.B. Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versicherungen)?**

Ja                      Nein

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| Name der Versorgungseinrichtung      | Versorgungsnummer |
| Anschrift der Versorgungseinrichtung |                   |

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

Ort, Datum

Unterschrift