

A Renten oder Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

1. Versicherungsnummer

Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben?

nein ja Versicherungsnummer: | | | | | | | |

Bearbeitungskennzeichen: | | | |

Versicherungsanstalt _____

2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/Rentenbezug

a) Wurden Beitrags-, Kindererziehungs-, Ersatz- oder Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt oder wurde bereits früher ein Versorgungsausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt?

nein ja

b) Haben Sie einem Sonder- oder Zusatzversorgungssystem in der früheren DDR angehört?

nein ja, wenn ja: Bezeichnung des Versorgungssystems (vgl. im näheren die Auflistung der in Frage kommenden Systeme im Erläuterungsbogen unter Abschnitt 2b):

von – bis: _____

(Bitte Nachweise über Zugehörigkeit beifügen)

c) Derletzte Beitrag wurde gezahlt im Monat

_____ (Monat und Jahr angeben) an die

Rentenversicherung der Angestellten Rentenversicherung der Arbeiter Sozialversicherung der frühere DDR

Bundesbahnversicherungsanstalt knappschaftliche Rentenversicherung Seekasse

d) Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmänn. Angestellte/r, Maurer/in, Landwirt/in usw.) ?

e) Wird aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt ?

nein ja:

| | | | | | | |

Versicherungsnummer/Rentenzeichen

Versicherungsträger

B Versorgung und Versorgungsanwartschaften aus öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

1. Hatten Sie zum Ende der Ehezeit aus einem oder mehreren öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ?

nein ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n

a) _____ Personal-Nr. _____

Besoldungsstelle: _____

b) _____ Personal-Nr. _____

Besoldungsstelle: _____

2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnisse bereits eine Versorgung gewährt ?

nein ja, von: a) _____ Versorgungs-Nr. _____

b) _____ Versorgungs-Nr. _____

3. Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamtin oder Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis ?

nein ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen ?

Name und Anschrift

Personal-Nr.

C¹ 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. _____

C² 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. _____
Beginn des Arbeitsverhältnisses

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 ...

bb) _____ 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) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Renten- oder Pensionsversicherung. Beginn der Rente im Alter von _____ Jahren <input type="checkbox"/> Versicherung wegen Berufsunfähigkeit. <input type="checkbox"/> private Unfallversicherung. (Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen)		
3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen <input type="checkbox"/> Erreichens der Altersgrenze <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

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

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A – E genannten ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Name, vollständige Anschrift und Geschäfts-Nr. der Versorgungseinrichtung _____	
Art der Versorgung: <input type="checkbox"/> Altersrente ab Vollendung des ____ Lebensjahres <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit	
2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> 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
