

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
