Amtsgericht			Aktenzeichen			
Fragebogen z	um Ver	sorgungsausgleich				
Ansprüche auf A Ermittlung diese gesetzlich verpfl beantworten könn	Itersvors r Anrecl lichtet. S	gehört die Teilung aller orge (Versorgungsausgleic nte. Bitte füllen Sie ihn s Sollten Sie trotz sorgfälti en Sie diese bitte offen.	h). Dieser Frag sorgfältig aus.	ebogen d Hierzu	lient der sind Sie	
1. Personalien Familienname		Vornamen (Rufname unterstreichen)	Geburtsname			
Staatsangehörigkeit		Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsort		
Geschlecht		Derzeit ausgeübter Beruf	Erlernter Beruf	Erlernter Beruf		
O männlich O weiblich						
Anschrift: Straße, Hausnummer			Telefonnummer	Telefonnummer tagsüber		
Postleitzahl	Wohnoi	t				
Arbeiter oder Angestellter, O Ja Name des Trägers der Rentenversicher O Deutsche Rentenversicher O Deutsche Rentenversicher		O Nein erung Rentenversicherungsnumme ung				
3. Bei welchem der Eheschließun	Arbeitge g besch	rung Knappschaft-Bahn-See ber sind Sie derzeit, bei weld äftigt? Sind Ihnen betrieblic				
worden? Bitte verwer	nden Sie ggf.	ein Zusatzblatt.		Dotrichlich	e Altersver-	
Zeitraum		Arbeitgeber mit Anschrift		sorgung 2	zugesagt?	
		Jetziger Arbeitgeber		Ja	Nein	
		verziger Arbeitgebei				
seit				0	0	
	 Frü	ihere Arbeitgeber seit der Ehes	schließung			
				0	0	
				0	0	
				0	0	
Länder, Gemeind	den, Bah	als Arbeiter oder Angestellt n, Post, kirchlicher Bereid versorgung des öffentlicher	ch) tätig und	haben Si		
O Ja		O Nein				
Name der Zusatzversorg	ungseinrichtu	ung	Versicherungsnu	ımmer		
Anschrift der Zusatzvers	orgungeoinric	shtung				

Name des Versorgungsträgers 3. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworb z. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wischaftsprüfer)? 3. Ja	0	Ja	0	Nein	
6. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworbz. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wichartsprüfer)? 9. Ja	Naı	me des Versorgungsträge	ers		Personalnummer
. Haben Sie Anrechte in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erworbz. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wichaftsprüfer)? Ja	۱nd	schrift des Versorgungsträ	änere		
z. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wichaftsprüfer)? Ja	VI IV	somme des versorgangsme	agera		
z. B. als Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wichartsprüfer)? O Ja		Hahan Cia Anya			
Name des Versorgungswerkes	-				
Name des Versorgungswerkes 7. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen? Hier sind insbesondere aufzuführen: "Riester-Rente", "Rürup-Rente", Verträge nach dem Altersvorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungstztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei eit ussländischen Versicherung.) 7. Ja Nein Name des Versicherungsunternehmens Name des Versicherungsunternehmens Name des Versicherungsunternehmens Name der Versorgungseinrichtung ausgeünften Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versigungen)? 7. Ja Nein Name der Versorgungseinrichtung Nein Name der Versorgungseinrichtung Name der Versorgungseinrichtung Name des Versicherungsunternehmens Nein hitte des Versicherungsunternehmens Nein hitter Versorgungseinrichtung zum Versorgungsausglei bigeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? 7. Ja, abgeschlossen 7. Nein Nein versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewiss		· •		,,	
Anschrift des Versorgungswerkes 7. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen? Hier sind insbesondere aufzuführen: "Rieister-Rente", "Rürup-Rente", Verträge nach dem Altersvorge-Zertlifzierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungstztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei ein usständischen Versicherung.) O Ja	C	Ja	0	Nein	
P. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen? Hier sind insbesondere aufzuführen: "Riester-Rente", "Rürup-Rente", Verträge nach dem Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungetztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei eit utsländischen Versicherung.) D. Ja	Naı	me des Versorgungswerk	es		Versorgungsnummer
P. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen? Hier sind insbesondere aufzuführen: "Riester-Rente", "Rürup-Rente", Verträge nach dem Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungetztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei eit utsländischen Versicherung.) D. Ja	۸	a la vitta el a a Maya a yenya a a a a a	- 11		
Hier sind insbesondere aufzuführen: "Riester-Rente", "Rürup-Rente", Verträge nach dem Altersvorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungstetren nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einzusländischen Versicherung.) D. Ja	Ans	schrift des Versorgungswe	erkes		
Hier sind insbesondere aufzuführen: "Riester-Rente", "Rürup-Rente", Verträge nach dem Altersvorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungstztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei ein usländischen Versicherung.) D. Ja					
corge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungetztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einzusländischen Versicherung.) D. Ja					
etztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei et usständischen Versicherung.) O Ja					
Name des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. B. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. andwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versigungen)? D. Ja O. Nein Name der Versorgungseinrichtung Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähkeitsversicherung)? D. Ja O. Nein Name des Versicherungsunternehmens D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähkeitsversicherung)? D. Ja O. Nein Name des Versicherungsunternehmens Versicherungsunternehmens Dei mehreren Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungsunternehmens Dei Ja, abgeschlossen OJa, beabsichtigt ONein gt. Vereinbarung in Kopie beifügen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewiss	etz	tere nur bei bereits	s ausgeübte		
Name des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens B. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. andwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versigungen)? D. Ja O Nein Name der Versorgungseinrichtung D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähteitsversicherung)? D. Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Versicherungsnummer Versicherungsnummer Anschrift des Versicherungsunternehmens Versicherungsnummer Anschrift des Versicherungsunternehmens Versicherungsnummer O. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleinbegeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen			-	Mate	
Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. B. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versigungen)? D. Ja				Nein	Voreigherungenummer
dei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 3. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versigungen)? 3. Ja	Nai	me des versicherungsum	emenmens		versionerungsnummer
Anschrift der Versicherungsunternehmens Dei mehreren Versicherungsunternehmens Dei mehreren Versicherungseindernehmens Dei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. D. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleinbgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen der versichere versicher und Gewissen u	Ans	schrift des Versicherungs:	unternehmens		
Anschrift der Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. Ja, abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen oder beabsichtigen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen deut versicheren versicheren versicheren, aus einer privaten Berufsunfäh versicherungsunternehmens Versicherungsnummer Versicherungsnummer Versorgungsausglei versicherungsunternehmens D. Ja, abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O. Ja, beabsichtigt O. Nein gr. Versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen					
Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Verschungen)? D. Ja O Nein Name der Versorgungseinrichtung D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähkeitsversicherung)? D. Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Versicherungsunternehmens Dei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein 10. versicheren, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	3ei ı	mehreren Versicherunger	n bitte Zusatzbla	tt verwenden.	
Landwirtschaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Verschungen)? D. Ja O Nein Name der Versorgungseinrichtung D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähkeitsversicherung)? D. Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Versicherungsunternehmens Dei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein 10. versicheren, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	3.	Haben Sie Anre	echte auf	eine sonstige Alters- b	zw. Invaliditätsversorgung (z. l
Name der Versorgungseinrichtung Anschrift der Versorgungseinrichtung D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfäh keitsversicherung)? D. Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Versicherungsunternehmens Versicherungsunternehmens Dei mehreren Versicherungsunternehmens Januar Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein Januar Sie mit Nein O Nein Januar Sie dies Sie die					
Anschrift der Versorgungseinrichtung D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfäh keitsversicherung)? D. Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Versicherungsnummer Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. IO. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein igf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	gui	ngen)?			
Anschrift der Versorgungseinrichtung D. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfäh keitsversicherung)? D. Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein igf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.)			Nein	
Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfäh keitsversicherung)? D Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein igf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	Naı	me der Versorgungseinric	chtung		Versorgungsnummer
Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfäh keitsversicherung)? D Ja O Nein Name des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein igf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	Δης	schrift der Versorgungseir	arichtung		
Anschrift des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein 10. Vereinbarung in Kopie beifügen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen	AII	somme der versorgungsen	montarig		
Anschrift des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen D Ja, beabsichtigt O Nein 11. Vereinbarung in Kopie beifügen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen					
Name des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein gf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.			_	vegen Invalidität (z. B. a	aus einer privaten Berufsunfähi
Name des Versicherungsunternehmens Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O. Ja, beabsichtigt O. Nein legf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	(ei	٠,	_	Nata	
Anschrift des Versicherungsunternehmens Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein ungf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	_				
Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden. 10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein ogf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.				INCIII	Versieherungenummer
10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein ogf. Vereinbarung in Kopie beifügen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.				IVelli	Versicherungsnummer
10. Haben Sie mit Ihrem Ehegatten eine Vereinbarung zum Versorgungsausglei abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein gf. Vereinbarung in Kopie beifügen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	Naı	me des Versicherungsunt	ernehmens	IVelli	Versicherungsnummer
abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies? D. Ja, abgeschlossen O. Ja, beabsichtigt O. Nein gf. Vereinbarung in Kopie beifügen. Ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.	Naı	me des Versicherungsunt	ernehmens	IVEIII	Versicherungsnummer
Ja, abgeschlossen O Ja, beabsichtigt O Nein gf. Vereinbarung in Kopie beifügen. ch versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewiss	Nai Ans	me des Versicherungsunt schrift des Versicherungsu	ernehmens		Versicherungsnummer
	Ans	me des Versicherungsunt schrift des Versicherungsumehreren Versicherunger Haben Sie mit	unternehmens bitte Zusatzbla	ut verwenden. egatten eine Vereinbar	
-	Ans Bei I	me des Versicherungsunt schrift des Versicherungst mehreren Versicherunger Haben Sie mit geschlossen oder Ja, abgeschlossen	unternehmens bitte Zusatzbla Ihrem Eher beabsicht	ut verwenden. egatten eine Vereinbar tigen Sie dies?	ung zum Versorgungsausgleid
	Nai Ans ei i 0. (b) gf.	me des Versicherungsunt schrift des Versicherungst mehreren Versicherunger Haben Sie mit geschlossen oder Ja, abgeschlossen Vereinbarung in Kopie be versichere, dass ic	unternehmens I bitte Zusatzbla Ihrem Eher beabsicht Oeifügen.	egatten eine Vereinbar tigen Sie dies? Ja, beabsichtigt Den in diesem Fragebogen	rung zum Versorgungsausglei

Unterschrift

Ort, Datum