

5. Sind oder waren Sie Beamter, Richter oder Berufssoldat?

Ja Nein

Name des Versorgungsträgers	Personalnummer
Anschrift des Versorgungsträgers	

6. 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	

7. Haben Sie einen privaten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen?

(Hier sind insbesondere aufzuführen: „Riester-Rente“, „Rürup-Rente“, Verträge nach dem Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetz, private Rentenversicherungen und private Kapitallebensversicherungen, letztere nur bei bereits ausgeübtem Rentenwahlrecht. Anzugeben sind auch Verträge bei einer ausländischen Versicherung.)

Ja Nein

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

8. 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	

9. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung)?

Ja Nein

Name des Versicherungsunternehmens	Versicherungsnummer
Anschrift des Versicherungsunternehmens	

Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

10. Haben Sie mit Ihrer Lebenspartnerin bzw. Ihrem Lebenspartner eine Vereinbarung zum Versorgungsausgleich abgeschlossen oder beabsichtigen Sie dies?

- Ja, abgeschlossen Ja, beabsichtigt Nein
ggf. Vereinbarung in Kopie beifügen.

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

Ort, Datum

Unterschrift