

**Amtsgericht**  
Familiengericht

Name und Vorname:

Geschäftszeichen des Familiengerichts:

## Fragebogen zum Versorgungsausgleich

### Angaben zur Person

Familienname		Vornamen	
Geburtsname		Früher geführte Name	
Geburtsdatum		Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Geburtsort			

### Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

Straße/Hausnummer		Telefon (Vorwahl/Ruf-Nr.) tagsüber	
Postleitzahl	Wohnort		

## A. Renten oder Rentenwarschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

### 1. Versicherungsnummer

Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben?			Bearbeitungskennzeichen
nein	ja	Versicherungsnummer	

### 2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/ Rentenbezug

a) Wurden Beitrags-, 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 _____						
_____						
<b>Bitte Nachweise über Zugehörigkeit beifügen</b>						
c) Der <b>letzte Beitrag</b> wurde gezahlt für						
Mon	Jahr	Rentenversicherung der Angestellten	Rentenversicherung der Arbeiter	Bundesbahnversicherungsanstalt	knappschaftl Rentenversicherung	Seekasse
d) Welchen Beruf über Sie aus oder Haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmännischer Angestellter , Maurer, Landwirt usw.)						
e) Wird aus deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt?						
nein		ja		Versicherungsnummer/Rentenzeichen	von bzw. bei welchem 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 Arbeitsverhältnis bereits eine Versorgung gewährt?	
nein	ja von a) _____ Versorgungs-Nr _____
	b) _____ Versorgungs-Nr _____
3. Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?	
nein	ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen?
	Name und Anschrift _____ Personal-Nr. _____

**C.<sup>1</sup> 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
	_____
	_____ Versorgungs-Nr _____
	Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers
	_____
2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?	
nein	ja, von: a) _____ Vers.-Nr. _____
	b) _____ Vers.Nr. _____

**C.<sup>2</sup> 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
	_____
	Beginn des Arbeitsverhältnis _____
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 selbstständigen 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 umseitig unter Abschnitt E angeben.

4. Falls Sie keine der vorhergehenden Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange? Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.

Arbeitgeber	Zeitdauer

**D. Renten und Anwartschaften aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung  
z.B. Versorgungswerke der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Notare und Rechtsanwälte**

1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer Versorgungseinrichtung eines freien Berufs?

nein    ja, bei: Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. d. Versorgungseinrichtung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein    ja

**Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen**

**E. Renten und Rentenanwartschaften auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages**

1. Haben Sie eine <b>Anwartschaft auf Rentenleistungen</b> aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)		
nein	ja, bei: Name und vollst. Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnr. des Vertrages	
<hr/> <hr/>		
Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung ausgeübt worden ist.		
2. Art der Versorgung:	Renten- oder Pensionsversicherung, Beginn der Rente im Alter von      Jahren Versicherung wegen Berufsunfähigkeit private Unfallversicherung	
<b>Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen</b>		
3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?		
nein	ja, wegen      Erreichens der Altersrente      Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls	
<b>Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen</b>		
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:		
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler
Bezugsberechtigter	Ist das Bezugsrecht widerruflich?	nein      ja

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

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A-E genannten?	
nein	ja, bei: Name und vollständige Anschrift und Geschäfts- Nr. der Versorgungseinrichtung
<hr/> <hr/>	
2. Art der Versorgung:	Altersrente ab Vollendung des      Lebensjahres      Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?	
nein	ja      Altersrente      Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
<b>Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen</b>	

**G. Falls Sie alle Fragen zu A bis F mit „nein“ bzw. nicht beantwortet haben, fügen Sie Ihren Lebenslauf bitte als Anlage bei. Geben Sie insbesondere an, in welcher Weise Sie für Ihr Alter vorgesorgt haben.**

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 nach § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich sowie nach den §§ 1587 e, 1587 k. i. m. § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift





4.7 Haben Sie einen **Antrag auf Nachversicherung** für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesellschaften gestellt, oder wurde eine **Nachversicherung** bereits **durchgeführt**?  
bei welcher Stelle Aktenzeichen  
 nein  ja

Könnte für Sie ein Anspruch auf **Nachversicherung** bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehrdienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)?  
vom - bis Grund  
 nein  ja

4.8 Sind Ihnen **Beiträge erstattet** oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden (z.B. bei Frauen wegen Heirat)?  
wann Versicherungsträger Aktenzeichen  
 nein  ja

4.9 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (Lehrzeit) zurückgelegt? (Als Nachweis sind z.B. Lehrvertrag, Lehranzeige, Prüfungszeugnis, landwirtschaftlicher Gesellenbrief sowie Bescheinigung über die Höhe des erzielten Arbeitsentgeltes beizufügen.)  
vom - bis Art der Berufsausbildung Beweismittel  
 nein  ja  sind beigefügt  
 liegen nicht mehr vor

4.10 Haben Sie in der Zeit vom **01.03.1957 bis 30.04.1961** Wehrdienst bei der Bundeswehr oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge Wehrdienst, Zivildienst**" gekennzeichnet ist?  
vom - bis vom - bis  
 nein  ja

4.11 Wurden für Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** Beiträge als Behinderter in einer geschützten Einrichtung die im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge in geschützten Einrichtungen**" gekennzeichnet sind?  
vom - bis vom - bis vom - bis  
 nein  ja  
Bezeichnung der Einrichtung Bezeichnung der Einrichtung Bezeichnung der Einrichtung

4.12 Waren Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** im **Beitrittsgebiet erwerbsunfähig**?  
vom - bis Aufenthaltsort  
 nein  ja

**5 Zeiten im Ausland**

5.1 Haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?  
 nein  ja, bitte Vordruck V720 (Antrag auf Klärung von Zeiten in Polen) ausfüllen und beifügen

5.2 Haben Sie Beitrags- oder Beschäftigungszeiten in Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Jugoslawien, Albanien, China, der Tschechoslowakei, der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten zurückgelegt?  
 nein  ja, bitte Vordruck V 710, ggf. V 711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten), ggf. V 712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen

5.3 Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt oder einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Frankreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Italien, Großbritannien, Irland, Dänemark, Griechenland, Spanien, Portugal, Schweden, Finnland und Österreich) bzw. in dem EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) angehört?  
vom - bis Versicherungsträger/Versorgungssystem  
 nein  ja  
Staat ausländische Versicherungsnummer/Aktenzeichen Staatsangehörigkeit

5.4 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada/Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?  
vom - bis Staat  
 nein  ja

**6 Angaben zu Ersatzzeiten**

(z.B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertreibung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind)

Haben Sie **Ersatzzeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?  
 - betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für Zeiten bis zum 31.12.1991 -  
 nein  ja, bitte Fragebogen zu Ersatzzeiten (Vordruck V400) ausgefüllt beifügen

**7 Angaben zu Anrechnungszeiten**

(z.B. Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen vom Arbeitsamt, nach Vollendung des 16. Lebensjahres liegende Schul-, Fachschul-, Fachhochschul-, oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Versorgungsleistungen im Beitrittsgebiet)

Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?  
 nein  ja, bitte Fragebogen zu Anrechnungszeiten (Vordruck V410) ausgefüllt beifügen

**8 Angaben zu Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung** **Beweismittel bitte beifügen**

Werden Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

nein  ja, bitte Antrag (Vordruck V800) ausgefüllt beifügen, wenn diese Zeiten noch nicht beantragt worden sind

**9 Sonstige Angaben**

9.1 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis? Versorgungsdienststelle/Aktenzeichen bitte Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten beifügen

nein  ja

9.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente aus eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein  ja vom - bis beantragt am ggf. Grund der Ablehnung

Versicherungsträger, Versicherungsnummer

9.3 Bestand oder besteht für Sie eine Versicherung bei der **Künstlersozialkasse?**

nein  ja vom - bis Aktenzeichen

9.4 Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit ausgeübt?

nein  ja vom - bis Berufsbezeichnung Sitz des Arbeitgebers

9.5 Haben Sie einem **Zusatz- oder Sonderversorgungssystem** im Beitrittsgebiet angehört?

nein  ja vom - bis Versorgungssystem

Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (z.B. Offizier im besonderen Einsatz - OibE -/Hauptamtlicher Informeller Mitarbeiter -HIM -)?

nein  ja vom - bis

9.6 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.02.1991) geschlossenen Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?

nein  ja vom - bis bei

9.7 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein  ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen  Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden

**10 Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers**

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und in den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung (Vordruck V110) Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

**11 Anlagen**

Versicherungsunterlagen sowie Nachweise über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind **nicht** einzusenden, wenn diese Zeiten bereits im Versicherungsverlauf enthalten sind. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten nicht vorgenommen wurde, bitten wir eine Personenstandsurkunde einzusenden.

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen in dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung nachweisen, sind berechtigt, in einer Ablichtung des Ausweises (mit Übereinstimmungsbestätigung) die Daten unkenntlich zu machen, die für den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich sind. Bei **sonstigen Unterlagen und Urkunden** genügen auch **Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist**. Wir bitten Sie diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Träger der Rentenversicherung, ihren Versichertenältesten sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- und Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht **nicht** aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wurde.

Vordruck R 990 bitte beifügen.



5 Ist eines der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder ein Stiefkind oder Pflegekind?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vorname des Kindes _____ _____ ist ein Stiefkind Angaben zur Kindesmutter (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____	
	Vorname des Kindes _____ _____ ist ein Pflegekind Angaben zur Kindesmutter (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____	

6 Ist eines der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder innerhalb der ersten 10 Jahre nach der Geburt überwiegend von anderen Personen erzogen worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von <input type="checkbox"/> leiblichen Eltern (s.Ziff.16) <input type="checkbox"/> Stiefmutter bzw. Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegemutter bzw. Pflegevater Angaben zur Person des Erziehenden (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____ Vorname des Kindes _____ vom - bis _____	
	von <input type="checkbox"/> leiblichen Eltern (s.Ziff.16) <input type="checkbox"/> Stiefmutter bzw. Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegemutter bzw. Pflegevater Angaben zur Person des Erziehenden (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____ Vorname des Kindes _____ vom - bis _____	

7 War die häusliche Gemeinschaft mit einem der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder innerhalb der ersten 10 Jahre nach der Geburt unterbrochen (z.B. wegen Aufenthalt eines Kindes im Ausland)?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vornamen der Kinder _____ vom - bis _____ _____ Grund der Unterbrechung _____	
	Vornamen der Kinder _____ vom - bis _____ _____ Grund der Unterbrechung _____	

8 Zusätzliche Angaben zu den beantragten Erziehungszeiten  
Waren Sie während der unter Ziffer 4 aufgeführten Erziehungszeiten

8.1	versicherungsfrei in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Versorgungsanwartschaft (z.B. als Beamter, Richter, DO-Angestellter, Geistlicher, Berufssoldat, Soldat auf Zeit)? vom - bis _____ Tätigkeit _____ Dienstherr, Arbeitgeber _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung für eine dieser Zeiten bestehen? bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wurde anstelle der Nachversicherung eine Abfindung gezahlt bzw. eine Abfindungsrente zugesichert? von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.2	Abgeordneter, Minister, Parlamentarischer Staatssekretär? vom - bis _____ Tätigkeit _____ Parlament, Ministerium _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wurde nach dem Ausscheiden aus dem Amt eine Versorgung gezahlt? seit / vom - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.3	von der Versicherungspflicht befreit? vom - bis _____ Grund der Befreiung _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Arbeiter <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Angestellten <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenversicherung Haben Sie auf die Befreiung von der Versicherungspflicht verzichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen	
8.4	als Selbständiger oder im Betrieb des selbständigen Ehegatten tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Ehegatte eines Selbständigen <input type="checkbox"/> Ehegatte eines Landwirts vom - bis _____ Art der Tätigkeit _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit-tätigkeit <input type="checkbox"/> Teilzeit-tätigkeit durchschnittliches monatl. Arbeitseinkommen _____ wöchentliche Arbeitszeit in Stunden _____ Eintragung in das Unternehmensverzeichnis der landwirtschaftlichen Alterskassen <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor seit / vom - bis _____	
8.5	nach Erreichen einer Altersgrenze Bezieher einer Vollrente, Teilrente oder Versorgung nach beamtenrechtlichen/kirchenrechtlichen/berufsständischen Vorschriften oder Grundsätzen? vom - bis _____ Art der Altersversorgung _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von welcher Stelle _____	

**9** Haben Sie eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder während der aufgeführten Erziehungszeiten **im Ausland erzogen?** (Auch die Zeit der Zugehörigkeit der Gebiete Österreich, Elsaß-Lothringen, Eupen, Malmedy, St. Vith, Moresnet zum Deutschen Reich ist hier als Auslandszeit anzusehen.)

9.1  nein  ja

	Vornamen der Kinder	Staat/Gebiet	Erziehungszeiten vom - bis

9.2 Haben Sie oder Ihr Ehegatte unmittelbar vor oder während einer Erziehungszeit für eine Beschäftigung/Tätigkeit **im Ausland** Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

nein  ja

9.3 **Wenn Sie die Frage 9.2 verneint haben:** Bestanden für Sie oder Ihren Ehegatten unmittelbar vor oder während der Erziehung Ihres Kindes im Ausland außer zu einem Arbeitgeber im Ausland auch vertragliche oder dienstrechtliche Beziehungen zu einem Arbeitgeber/Dienstherrn im Bundesgebiet? (bitte kurz erläutern)

nein  ja

**10** Sind Sie als Vertriebener oder als Spätaussiedler nach dem Bundesvertriebenengesetz anerkannt?

nein  ja, ich besitze einen Bundesvertriebenenausweis A oder B bzw. eine Spätaussiedlerbescheinigung (bitte beifügen)

Herkunftsgebiet

**11** Gehören oder gehörten Sie während der aufgeführten Erziehungszeiten zu dem Personenkreis der Asylbewerber oder sind Sie Bürgerkriegsflüchtling?

nein  ja, die Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsberechtigung bzw. die Aufenthaltsbefugnis wurde

noch nicht erteilt

erteilt Entsprechende Bescheinigung bitte beifügen.

**12** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten

12.1 im Bundesgebiet bei einer über- oder zwischenstaatlichen Organisation beschäftigt (z. B. UNIDO, ELMB, ESA, Europäisches Patentamt, Europäische Gemeinschaften)?

nein  ja

vom - bis

bei

12.2 Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO - Truppenstatuts, der sowjetischen Streitkräfte, eine dem zivilen Gefolge gleichgestellte Person, Mitglied der alliierten Behörden und Streitkräfte in Berlin (West) oder Familienangehöriger eines dieser Personenkreise?

nein  ja

vom - bis

bei

**13** Gehörten Sie unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten zum Personal einer ausländischen amtlichen Vertretung (z.B. Botschaft, Konsulat) oder waren Sie Familienangehöriger dieses Personals?

nein  ja

vom - bis

bei

**14** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten von einem Arbeitgeber mit Sitz im Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entsandt oder waren Sie im Rahmen Ihrer im Ausland ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit für eine begrenzte Zeit in Deutschland tätig?

nein  ja

vom - bis

Arbeitgeber und Beschäftigungsstelle

**15** Wurden unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten für eine von Ihnen in der Bundesrepublik Deutschland ausgeübte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgrund einer Ausnahmevereinbarung im Sinne des über- und zwischenstaatlichen Rechts (Verordnungen EWG, Sozialversicherungsabkommen) Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung nicht gezahlt?

nein  ja

vom - bis

Ausnahmevereinbarung ausgestellt von welcher Stelle, Datum, Aktenzeichen

**Zuordnung zum Vater durch übereinstimmende Erklärung bei gemeinsamer Erziehung**

Erziehen Eltern ihr Kind gemeinsam, können sie durch eine gemeinsame Erklärung bestimmen, welchem Elternteil die Erziehungszeit zuzuordnen ist. Mit der Erklärung kann die Zuordnung auch auf einen Teil der Erziehungszeit beschränkt werden. Die Erklärung ist grundsätzlich mit Wirkung für künftige Kalendermonate abzugeben. Hierfür ist die Erklärung über die Zuordnung (Vordruck V820) zu verwenden.

Die Zuordnung kann jedoch rückwirkend für bis zu zwei Kalendermonate vor Abgabe der Erklärung erfolgen, es sei denn, für einen Elternteil ist unter Berücksichtigung dieser Zeiten eine Leistung bindend festgelegt oder eine rechtskräftige Entscheidung über einen Versorgungsausgleich durchgeführt.

Eine darüber hinausgehende rückwirkende Zuordnung von Erziehungszeiten ist durch eine übereinstimmende Erklärung **nicht** zulässig. Sollen Erziehungszeiten insgesamt der Mutter zugeordnet werden, ist eine Erklärung von den Eltern nicht abzugeben.

Ohne Abgabe einer übereinstimmenden Erklärung können Erziehungszeiten nach dem 31.12.1991 dem Vater nur zugeordnet werden, wenn er das Kind überwiegend erzogen hat.

**16 Angaben der Eltern bei gemeinsamer Erziehung nach dem 31.12.1991 - bitte immer ausfüllen.**

16.1	Ist eines der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder innerhalb der ersten 10 Jahre nach dessen Geburt von einem Elternteil <b>überwiegend</b> erzogen worden?								
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> von der Mutter</td> <td style="width: 55%; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">                             Vorname und Geburtsdatum des Kindes <span style="float: right;">vom - bis</span> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> vom Vater</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">                             Vorname und Geburtsdatum des Kindes <span style="float: right;">vom - bis</span> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> von der Mutter	Vorname und Geburtsdatum des Kindes <span style="float: right;">vom - bis</span>			<input type="checkbox"/> vom Vater	Vorname und Geburtsdatum des Kindes <span style="float: right;">vom - bis</span>
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> von der Mutter	Vorname und Geburtsdatum des Kindes <span style="float: right;">vom - bis</span>						
		<input type="checkbox"/> vom Vater	Vorname und Geburtsdatum des Kindes <span style="float: right;">vom - bis</span>						
16.2	Angaben zum Elternteil, der den Antrag <b>nicht</b> stellt								
	Name, Geburtsname, Vorname <hr/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 65%; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Versicherungsnummer</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Geburtsdatum</td> </tr> </table>	Versicherungsnummer	Geburtsdatum						
Versicherungsnummer	Geburtsdatum								
	Es wird bestätigt, dass die Angaben zur überwiegenden Erziehung den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.								
	<hr/> Datum, Unterschrift des Elternteils, der den Antrag nicht stellt								

**Hinweis:**

Um in Ihrem Versicherungskonto die Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine raschere Erledigung Ihrer Angelegenheit.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Abs. 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

**Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers