



**Zu Ziff. 5: Versicherung Nr. 1**

|   |                     |
|---|---------------------|
| Name des Versicherungsunternehmens      | Versicherungsnummer |
| Anschrift des Versicherungsunternehmens |                     |

**Zu Ziff. 5: Versicherung Nr. 2**

|   |                     |
|---|---------------------|
| Name des Versicherungsunternehmens      | Versicherungsnummer |
| Anschrift des Versicherungsunternehmens |                     |

**6. Beziehen Sie Leistungen wegen Invalidität (z. B. aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen)?**

Ja  Nein Bei mehreren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden.

|   |              |
|---|--------------|
| Name des Versicherungsunternehmens      | Versicherung |
| Anschrift des Versicherungsunternehmens |              |

**7. Sind oder waren Sie als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst (Bund, Länder, Gemeinden, Bahn, Post, kirchlicher Bereich) tätig und haben Sie damit Anrechte aus einer Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes oder bei kirchlichen Zusatzversorgungskassen erworben?**

Ja  Nein

|  |                     |
|--|---------------------|
| Name der Zusatzversorgungseinrichtung      | Versicherungsnummer |
| Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung |                     |

**8. Sind oder waren Sie Beamter, Richter, Berufs- oder Zeitsoldat?**

Ja  Nein

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| Name des Versorgungsträgers      | Personalnummer |
| Anschrift des Versorgungsträgers |                |

**9. Haben Sie Anrechte in einer berufständischen Versorgungseinrichtung erworben (z. B. Arzt, Apotheker, Architekt, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer)?**

Ja  Nein

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Name des Versorgungswerkes      | Versorgungsnummer |
| Anschrift des Versorgungswerkes |                   |

**10. Haben Sie Anrechte auf eine sonstige Alters- bzw. Invaliditätsversorgung (z. B. schaftliche Alterskasse, Abgeordnetenversorgung, ausländische Versicherungen)?**

Ja  Nein

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| Name der Versorgungseinrichtung      | Versorgungsnummer |
| Anschrift der Versorgungseinrichtung |                   |

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

Ort, Datum

Unterschrift