

Arbeitgeber / Betriebliche Altersversorgung / Februar 2025

# Erfassungsbogen zum Versorgungsausgleich bei Direktzusagen

## Angaben zum Unternehmen

Firmenname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Versorgungsberechtigten

### Persönliche Daten des Versorgungsberechtigten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Diensteintritt: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

### Status des Versorgungsberechtigten

Gesellschafter-Geschäftsführer seit: \_\_\_\_\_  
 Angestellter/Gesellschafter-Geschäftsführer seit: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Steuer- und arbeitsrechtlich beherrschend:  ja  nein

### Zusätzliche Angaben bei Gesellschafter-Geschäftsführern (Insolvenzversicherung)

Ob aus arbeitsrechtlicher Sicht seit dem Eintritt in das Unternehmen Arbeitnehmerzeiten zu berücksichtigen sind, beurteilen Sie bitte anhand Ziffer 3. des Merkblatts 300/M 1 unter [www.psvag.de](http://www.psvag.de).

In diesem Fall werden detaillierte Angaben über alle Zeiträume benötigt.

Sind Arbeitnehmerzeiten zu berücksichtigen?  ja  nein  
Arbeitnehmerzeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zur Betriebszugehörigkeit

Diensteintritt: \_\_\_\_\_

Zusagedatum: \_\_\_\_\_

Dienstaustritt: \_\_\_\_\_

Notwendige Angaben für die Ermittlung der Zusagenhöhe am Ehezeitende  
(z. B. pensionsfähiges Einkommen)

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

### Angaben zur Ehe / Lebenspartnerschaft

#### Persönliche Daten des Ehe- bzw. Lebenspartners

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Status des Partners:  Ehegatte  eingetragener Lebenspartner

#### Angaben zur Ehe / Lebenspartnerschaft

Angaben zur Ehezeit

Beginn der Ehezeit: \_\_\_\_\_

Ende der Ehezeit: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Ermittlung des Ausgleichswerts

#### Angaben zur Teilungsform

Der Versorgungsträger beantragt die  interne Teilung  externe Teilung

#### Angaben zu den Kosten für die interne Teilung (§ 13 VersAusglG)

Höhe der anzusetzenden Kosten  500,00 € (pauschal)  
 gemäß Teilungsordnung  
(bitte Kopie beifügen)

### Bei Rückfragen

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie diesem Erfassungsbogen Kopien folgender Unterlagen bei und schicken Sie diese mit dem unterschriebenen Auftrag an untenstehende Anschrift:**

- Kopie der Versorgungszusage / Versorgungsbestätigung (einschließlich eventueller Nachträge)
- Kopie der Unverfallbarkeitsbescheinigung bei ausgeschiedenen Anwärtern
- Ggf. Kopie der Teilungsordnung
- Kopie des Schreibens des Familiengerichts

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. mit Firmenstempel