

Auftrag zur Abwicklung eines Versorgungsausgleichs Betriebliche Altersversorgung mit Rückdeckung in der Hannoverschen Alterskasse VVaG

Hiermit beauftragen wir _____
(Name der Einrichtung)

4									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Institutionsnummer, 9-stellig)

die Hannoversche Kassen Verwaltungs- und Beratungsgesellschaft mbH mit der Abwicklung des Versorgungsausgleichs von

Frau _____
(Titel) (Name) (Vorname)

Herrn _____
(Geburtsdatum) (Geburtsname)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Sozialversicherungsnummer, 12-stellig)

Bezeichnung der Zusage: _____
(genauer Name der Versorgungsordnung, z.B. „Pensionsordnung 1997 der Freien Waldorfschule Musterstadt“)

Zusagebeginn: _____
(Datum, ab dem der Mitarbeiter die Versorgungszusage erhalten hat, i.d.R. Betriebseintritt)

Dauer der Dienstzeit: _____
(Betriebseintritt) (Betriebsaustritt, falls noch lfd. beschäftigt bitte freilassen)

Dauer der Ehezeit: _____ (gemäß Angaben des Familiengerichts)
(Beginn der Ehezeit) (Ende der Ehezeit)

War die Versorgungsanwartschaft zum Ende der Ehezeit bereits unverfallbar? Ja
(z.B. nach dem BetrAVG, nach der zu Grunde liegenden Versorgungsordnung oder auf Grund einer individuellen Zusage) Nein

Die Höhe der Versorgungsanwartschaft, die sich aus der o.g. Zusage ergibt, ist identisch mit der Höhe der Ansprüche aus der Rückdeckungsversicherung, die sich aus beigefügtem Versicherungsverlauf ergibt.

Die Höhe der Versorgungsanwartschaft, die sich aus der o.g. Zusage ergibt, weicht von der Höhe der Ansprüche aus der Rückdeckungsversicherung ab, die sich aus beigefügtem Versicherungsverlauf ergibt.

Nach der o.g. Zusage besteht eine monatliche Rentenanswartschaft in Höhe von EUR _____
(Höhe der mtl. Anwartschaft)

Aus der o.g. Zusage wird bereits eine Rente gezahlt.

Höhe der zum Ende der Ehezeit monatlich tatsächlich ausgezahlten Brutto-Rente in EUR: _____

Wir beauftragen die Hannoversche Kassen Verwaltungs- und Beratungsgesellschaft mbH, alle für dieses Verfahren notwendigen Berechnungen durchzuführen. Darüber hinaus bevollmächtigen wir die Hannoversche Kassen Verwaltungs- und Beratungsgesellschaft mbH, alle für die Durchführung des Versorgungsausgleichs notwendigen Daten dem Gericht gegenüber zu übermitteln sowie entgegenzunehmen und geben unser Einverständnis, die Teilung gemäß rechtskräftigen Beschluss umzusetzen. Wir verpflichten uns, der Hannoverschen Kassen Verwaltungs- und Beratungsgesellschaft mbH die entstehenden Kosten bei erfolgter Teilung in Höhe von EUR 500,00 zzgl. MwSt. bzw. wenn keine Teilung erfolgt, die entstandenen Kosten in Höhe von EUR 250,00 zzgl. MwSt. zu erstatten.

Die [Informationen zum Datenschutz nach § 13 DSGVO](#) sind auf unserer Homepage verfügbar.

(Ort) (Datum) (Unterschrift und ggfs. Stempel der Einrichtung)