**Datenerfassung zu § 13 VersAusglG**

**Konkrete Berechnung der Kosten bei interner Teilung**

**Bitte zurückfaxen an: 0221 / 9 37 38-953 oder mailen an: famrb@otto-schmidt.de**

Gericht: ……………………………………..... Entscheidungsdatum: …………………...............

Aktenzeichen: ……………………………….

**Versorgungsträger/Firma:** …………………………………………………………

Bezeichnung der Versorgung: …………………………………………………………

☒interne Teilung

Name des externen Dienstleisters: .……………………………………………………….…

**Daten zum Fall:**

Ausgleichspflichtige Person ist: [ ]  weiblich [ ]  männlich

**Alter der ausgleichspflichtigen** Person: …… **Alter der ausgleichsberechtigten** Person: ……

Ausgleichswert: ………………….

Der Ausgleichswert ist.........

Korrespondierender Kapitalwert: …………………………….

**Kosten:**

(Bitte geben Sie, falls möglich, die nachfolgenden Kosten einzeln an)

* Kosten der **Einrichtung des Versorgungskontos**: ……………………….
* **Laufende Kosten des Versorgungskontos** pro Jahr in
	+ Anwartschaftsphase: ……………………….
	+ Leistungsphase: ……………………….
	+ Gesondert **ausgewiesene jährliche Kosten**

der Bilanzbewertung der Versorgung: ……………………….

* Kosten der **Rentenberechnung** im Leistungsfall: ……………………….
* **Sonstige Kosten:**
	+ Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ……………………….
	+ Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ……………………….
* **Bemerkung: ……………………………………………………….…**

**Absender:**

Name: ……………………………………………….. E-Mail: …………………………………………………

 Telefon: …………………………………………………