



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am: [] [] [] [] [] []

Antrag auf

[] [] [] [] [] []

- ALTERSPENSION
- VORZEITIGE ALTERSPENSION BEI LANGER VERSICHERUNGSDAUER
- INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION
- INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION an eine versicherte Frau nach dem Tode des (geschiedenen) Ehegatten, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet und mindestens 4 lebende Kinder geboren hat

zum Stichtag [0] [1] . [] [] . [] [] [] []

! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Zuname: Vorname:

Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: seit:

Geburtsdatum: Geburtsort / Land:

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit:

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Datum der Eheschließung(en):

Datum des Todes des (der) Gatten bzw. der Ehescheidung(en):

Adresse:
StraÙe, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

.....
Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Sollten Sie Ihre Adresse - wenn auch nur vorübergehend - ändern, ersuchen wir um sofortige Benachrichtigung!

2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <i>Nachweis</i> | <i>liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
| <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter | Vollmacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vormund (gesetzlicher Vertreter) | Beschluss des PflEGSCHAFTSGERICHTES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sachwalter | gerichtlicher BestelLungsnachweis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zuname: Vorname:

Adresse:
StraÙe, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, TÙr

Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen an den Versicherten gerichtet sind.

3. PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DES EhePARTNERS

(auch anzugeben bei geschiedener Ehe / getrennt lebendem Ehegatten)

Zuname: Vorname:

FrÙhere Namen:

Versicherungsnummer / Geburtsdatum:

Leben Sie mit dem Ehepartner im gemeinsamen Haushalt? ja nein

Bezieht Ihr Ehepartner eine Pension oder Rente aus der Sozialversicherung?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Hat Ihr Ehepartner ein sonstiges Einkommen? ja nein

Welcher Art? mtl. netto EUR

4. KINDERZUSCHUSS (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Antrag auf Kinderzuschuss für:	1. Kind	2. Kind
Zuname		
Vorname		
Versicherungsnummer oder Geburtsdatum		
ehelich, unehelich, legitimiert, adoptiert, Stiefkind, Enkelkind		
Wird für das Kind bereits Kinderzuschuss bezogen oder wurde dieser beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von welcher Person?	.....	.....
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....
Bei Kindern über dem 18. Lebensjahr bitte Grund für Antragstellung angeben (Schul-, Berufsausbildung, Erwerbsunfähigkeit)		
Bezieht das Kind eine Pension oder wurde eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....

5. UNSELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Ist Ihr Beschäftigungsverhältnis aufrecht?

ja Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR

Beabsichtigen Sie die Beschäftigung im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am: nein

nein, beendet seit:

Datum der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

Haben Sie Anspruch auf Abfertigung? ja nein
von - bis

Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Altersteilzeitvereinbarung abgeschlossen? ja nein
von - bis

Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

- Entgeltfortzahlung ja nein
von - bis
- Ersatzleistung für nicht verbrauchten Urlaub (Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung) ja nein
von - bis
- Kündigungsentschädigung ja nein
von - bis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt** an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden? ja nein

Wenn ja, bitte die Telefonnummer (bei einer Beschäftigung im Ausland auch Namen und Anschrift) angeben:
.....

6. SELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen)

- ja: in einem Gewerbebetrieb freiberuflich
 als geschäftsführender Gesellschafter Funktion
 in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb Beteiligung
 auf Basis eines Werkvertrages auf sonstige Art

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR

Name und Anschrift / Standort des Betriebes:

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:
.....

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am: nein

nein, beendet seit:

7. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT

Besteht eine **Ausnahme von der Pflichtversicherung** nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) oder Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG)? ja nein

Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?

ja, wo? von wann bis wann?

selbst bewirtschaftet verpachtet übergeben gepachtet oder zugepachtet

nein

8. POLITISCHE FUNKTION

Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen? ja nein

9. SONSTIGE BEZÜGE

Beziehen oder beantragten Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (z.B. Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (z.B. Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (z.B. Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (z.B. Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (z.B. Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF

- Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?
 ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein
- Wurden für Sie bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?
 ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein

-
- Haben Sie auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt?
 ja Staat(en) nein
 - Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein
 - Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort beschäftigt gewesen zu sein?
 ja Staat(en) nein

Sind Sie damit einverstanden, dass der deutsche Versicherungsverlauf mittels elektronischer Datenübermittlung aus dem Datenbestand der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin abgerufen wird? ja nein

Beantragen Sie aus der ausländischen Rentenversicherung eine Leistung auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens, sofern derzeit kein Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters besteht? ja nein

-
- Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf Ihrer Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert? ja nein
 - Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EWR-Staat erzogen? ja nein

Hinweis für männliche Versicherte:
Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Wenn jedoch Sie selbst das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.
(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

Von weiblichen Versicherten auszufüllen:

- Erhielten Sie anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung?
 ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein
- Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? ja nein
- Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung? ja nein

12. BUNDESPFLEGE GELD

Fühlen Sie sich derart pflegebedürftig, dass Sie ständig der Betreuung und Hilfe bedürfen? ja nein

Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?
 ja Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen nein

13. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG

- Beantragen Sie die **Weiterversicherung** in der Pensionsversicherung bzw. eine **Beitragsentrichtung** für Ihre **Schulzeiten** für den Fall, dass zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die Entrichtung von Beiträgen notwendig ist? ja nein

- Sind Sie mit der Verschiebung des Antrages (des Stichtages) einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden (bzw. ein für Sie günstigerer Leistungsanspruch erzielt) werden kann? ja nein

Bitte nur bei Antrag auf (vorzeitige) Alterspension ausfüllen:

- Ist Ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens eingeschränkt bzw. halten Sie sich für invalid / berufsunfähig? ja nein

- **Hinweis:** Ein Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension gilt bei Wohnsitz in Österreich auch als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation.

14. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

- wird gewünscht

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist - auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto - nur über „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

- wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

15. MELDEVERPFLICHTUNG

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben sowie jede Änderung des Wohnsitzes - wenn auch nur vorübergehend (z.B. Spitalsaufenthalt) - innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens ist binnen **sieben Tagen** zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift



Abteilung / Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes (der Kinder).

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind **tatsächlich und überwiegend** erzogen hat.

Eine von Ihnen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

Als Kinder gelten:

Erforderliche Dokumente:

eheliche Kinder

- Geburtsurkunde

Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:

uneheliche Kinder

- nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis / Urteil)

legitimierte Kinder

- Legitimationsurkunde

Wahl-(Adoptiv)kinder

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

Stiefkinder

- Nachweis über Ihre Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil

Pflegekinder

- nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des (der) Erziehungsberechtigten

ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich, geb.: erkläre wahrheitsgemäß, dass ich nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe.

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Zuname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit	seit	seit	seit
Erziehung in Österreich:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="radio"/> in den ersten vier Lebensjahren	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
<input type="radio"/> nur in der Zeit				
Erziehung im Ausland:	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	.....	.....	.....	.....

Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes in Österreich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der andere Elternteil in den ersten vier Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift