



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am:	
----------------	--

Antrag auf

--	--

- ALTERSPENSION
- VORZEITIGE ALTERSPENSION BEI LANGER VERSICHERUNGSDAUER
- KORRIDORPENSION
- INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION

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)

Familienname / Nachname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

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

Personenstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft lebend hinterbliebene eingetragene Partnerin
 hinterbliebener eingetragener Partner aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en):

Datum des Todes des (der) Gatten (Gattin) / des eingetragenen Partners (der eingetragenen Partnerin)

bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en):

Adresse:

Straße, Gasse, Platz
Hausnr., Stiege, Tür
Postleitzahl

Ort
Bundesland
Land

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)
E-Mail

2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

Nachweis liegt bei wird nachgereicht

- mit der gesetzlichen Vertretung / Obsorge betraute Person
- bevollmächtigte Person
- mit der Sachwalterschaft betraute Person

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familienname / Nachname: Vorname:

Adresse:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl, Ort

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

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

3. PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DES EhePARTNERS / DER eingETRAGENEN PARTNERIN / DES eingETRAGENEN PARTNERS (auch anzugeben bei geschiedener Ehe / aufgelöster eingetragener Partnerschaft / getrennt lebenden Ehegatten / getrennt lebender eingetragener Partnerin / getrennt lebenden eingetragenen Partner)

Familienname / Nachname: Vorname:

Frühere Namen:

Versicherungsnummer/Geburtsdatum:

Leben Sie mit dem Ehepartner / der eingetragenen Partnerin / dem eingetragenen Partner im gemeinsamen Haushalt? ja nein

Bezieht Ihr Ehepartner / die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner eine Pension oder Rente aus der Sozialversicherung?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Hat Ihr Ehepartner / die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner 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
Familienname		
Vorname		
Versicherungsnummer und 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 anführen (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:

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 beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (zB Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB 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 (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (zB Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB 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 nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen
- Wurden für Sie bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Waren Sie im Ausland unselbstständig und/oder selbstständig erwerbstätig?
 ja nein
Staat(en)
- Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?
 ja nein
Staat(en)
- Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?
 ja nein
Staat(en)
- Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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 EU/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 nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen
- Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? ja nein
- Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung? ja nein

12. BUNDESPFLEGE GELD

Bedürfen Sie ständig der Betreuung und Hilfe und beantragen Sie deshalb Pflegegeld? ja nein

Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

- ja nein
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

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 oder Korridor pension 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 vorrangig 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 (zB Spitalsaufenthalt) – innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

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

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift



Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf des (der) Verstorbenen 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) bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

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

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

Als Kinder gelten:

eheliche Kinder

uneheliche Kinder

legitimierte Kinder

Wahl-(Adoptiv)kinder

Stiefkinder

Pflegekinder

Erforderliche Dokumente:

➤ Geburtsurkunde

Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:

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

➤ Legitimationsurkunde

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

➤ Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

➤ 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 bzw.

die (der) Verstorbene

nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe (hat).

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familienname				
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: • ohne Unterbrechung in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren • nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis
Erziehung außerhalb Österreichs: Staat	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? * Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	<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
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 bzw. Ihrer Kinder 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 bzw. fünf 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

* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die (den) Verstorbene(n).

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift