



**2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

- |  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
|  | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung / Obsorge betraute Person | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> mit der Sachwalterschaft betraute Person                  | <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 die versicherte Person gerichtet sind.

**3. PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DER EHEGATTIN / DES EHEGATTEN / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS** (auch anzugeben bei geschiedener Ehe / aufgelöster eingetragener Partnerschaft / getrennt lebenden Ehegatten / getrennt lebenden eingetragenen Partnern)

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Frühere Namen: .....

Versicherungsnummer / Geburtsdatum: .....

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

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

Hat Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte / 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 / Nachname		
Vorname		
Versicherungsnummer / Geburtsdatum		
ehelich, unehelich, 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, Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz, 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  nein

Wenn ja, wo? ..... von - bis? .....

selbst bewirtschaftet  verpachtet  übergeben  gepachtet oder zugepachtet

## 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, Rehabilitationsgeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Umschulungsgeld)	<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 Sozialministeriumservice (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"/>	



**10. VERSICHERUNGSVERLAUF** (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

- ja ⇒ Ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung**.
- nein ⇒ Führen Sie bitte alle Zeiten
- einer Erwerbstätigkeit
  - des Bezuges eines Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
  - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)

im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

**Bei Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension beachten Sie bitte, dass das Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension jedenfalls vollständig auszufüllen ist.**

Schulzeit	von	bis	Bezeichnung und Ort der Schule
Berufs-(Fach-)schule			
Höhere Schule			
Hochschule / Universität			

von	bis	a) beschäftigt als ..... (Beruf) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat







### 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 Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension ausfüllen:

- Endet Ihr Krankengeldanspruch wegen Ablauf der Höchstdauer innerhalb der nächsten 6 Wochen?  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 / berufs unfähig?  ja  nein

**Hinweis:** Ein Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension gilt **VORRANGIG** als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation inklusive Rehabilitationsgeld.

### 14. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

- wird gewünscht

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – erst nach Einsendung des vom Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) ausgefertigten „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ 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** erzo-gen 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

### *Erforderliche Dokumente:*

➤ Geburtsurkunde

### *Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:*

**uneheliche** Kinder

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

**Wahl-(Adoptiv)kinder**

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

**Stiefkinder**

➤ Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

**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 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				
Versicherungsnummer / Geburtsdatum				
Ort der Geburt				
ehelich, 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
Pflegekind?	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erziehung in Österreich in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	<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
• in der Zeit	vom ..... bis ..... vom ..... bis .....	vom ..... bis ..... vom ..... bis .....	vom ..... bis ..... vom ..... bis .....	vom ..... bis ..... vom ..... bis .....

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Erziehung außerhalb Österreichs	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Staat	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
Staat	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
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
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
Versicherungsnummer / Geburtsdatum des anderen Elternteiles	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....
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
Bezogen der andere Elternteil 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

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

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift