



Eingelangt am:

Antrag auf

- ☐ **WITWENPENSION**
- ☐ **WITWERPENSION**
- ☐ **WAISENPENSION** für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

! 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 / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen									
Versicherungsnummer								Geburtsdatum	

Zuname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

Datum der Eheschließung(en):

Letzter Wohnort:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

Ort

Bundesland

Land

Todestag: Todesursache:

Ist der Tod die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? ☐ ja ☐ nein

Ist der Tod durch Unfall bzw. Dritte verursacht worden?

☐ nein ☐ ja

Datum

Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja

zuständiges Gericht, Geschäftszahl

2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen											
Versicherungsnummer				Geburtsdatum							

Zuname: 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:

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Datum der Eheschließung(en): / /

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

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

.....
Ort Bundesland Land

.....
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl) E-Mail

3. PERSONALDATEN DER WAISE(N) (in Blockschrift)

3.1 WAISE 1

Zuname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Staatsangehörigkeit:

☐ eheliches Kind ☐ uneheliches Kind ☐ legitimates Kind ☐ adoptiertes Kind ☐ Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe vorliegt):

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

.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

☐ nein

☐ ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

☐ ja

☐ nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.2 WAISE 2

Zuname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Staatsangehörigkeit:

☐ eheliches Kind ☐ uneheliches Kind ☐ legitimates Kind ☐ adoptiertes Kind ☐ Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

☐ nein

☐ ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.3 WAISE 3

Zuname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Staatsangehörigkeit:

☐ eheliches Kind ☐ uneheliches Kind ☐ legitimates Kind ☐ adoptiertes Kind ☐ Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

☐ nein

☐ ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.4 WAISE 4

Zuname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Staatsangehörigkeit:

☐ eheliches Kind ☐ uneheliches Kind ☐ legitimates Kind ☐ adoptiertes Kind ☐ Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

☐ nein

☐ ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.5 WAISE 5

Zuname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Staatsangehörigkeit:

☐ eheliches Kind ☐ uneheliches Kind ☐ legitimates Kind ☐ adoptiertes Kind ☐ Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl
.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?

☐ nein

☐ ja

Name des anderen leiblichen Elternteiles (Adoptivelternteiles):

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension/Rente?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Pensionsversicherung	☐	☐	
aus der Unfallversicherung	☐	☐	
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe)	☐	☐	
von einem Bundessozialamt (zB Beschädigtenrente)	☐	☐	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente)	☐	☐	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhegenuss, Ruhebezug)	☐	☐	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage, Administrativpension, Überbrückungszahlung)	☐	☐	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	☐	☐	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	☐	☐	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	☐	☐	

☐ ja ☐ nein

- einer Erwerbstätigkeit
- des Bezuges eines Kranken-/Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)

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

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

[illegible]

[illegible]

5.3 ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

- Hat der/die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

- Wurden für die/den Verstorbene(n) bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

-
- Wurden auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt?

☐ ja
Staat(en)

☐ nein

- Wurde die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

- Hatte der/die Verstorbene seinen/ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort beschäftigt gewesen zu sein?

☐ ja
Staat(en)

☐ nein

-
- Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf der Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr des/der Verstorbenen interessiert?

☐ ja

☐ nein

-
- Hat der/die Verstorbene Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen?

☐ ja

☐ nein

Hinweis bei männlichen Verstorbenen:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Hat jedoch der Kindes-, Adoptiv- oder Stiefvater das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

-
- Hat die Verstorbene anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung erhalten?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER

- War die Ehe im Zeitpunkt des Todes des/der Versicherten aufrecht?

☐ ja ⇒ Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe mit dem/der Versicherten im Zeitpunkt des Todes aufrecht war (weder geschieden noch aufgelöst oder für nichtig erklärt wurde), und dass ich mich seit dem Tode des/der Versicherten nicht wiederverheiratet habe.

.....
Unterschrift der Witwe (des Witwers)

☐ nein ⇒ Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden bzw. für nichtig erklärt?
(Bitte Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung beilegen.)

.....
Datum

.....
zuständiges Gericht, Geschäftszahl

- Bestand im Zeitpunkt des Todes Ihres Gatten (Ihrer Gattin) auf Grund eines gerichtlichen Urteils oder Vergleiches bzw. einer vor Auflösung der Ehe eingegangenen vertraglichen Vereinbarung ein Unterhaltsanspruch oder wurde Unterhalt geleistet?

☐ nein ☐ ja Seit wann? Höhe des mtl. Unterhaltes: EUR

- Enthält das Scheidungsurteil einen Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz? ☐ ja ☐ nein

- Haben Sie sich nach der Ehe mit dem/der Verstorbenen neuerlich verheiratet? ☐ ja ☐ nein

- Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe einen Anspruch auf Witwen(Witwer)pension?

☐ ja ☐ nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

6.1 EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung?

☐ ja Name und Anschrift des Dienstgebers:

.....

Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR

☐ nein

- 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:

.....

☐ nein, beendet seit

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

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

- ☐ ja, wo? von wann bis wann?
☐ selbst bewirtschaftet ☐ verpachtet ☐ übergeben ☐ gepachtet oder zugepachtet
☐ nein

6.2 SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

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

6.3 BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WITWE / DEN WITWER

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 (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

☐ ja

☐ nein

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

7. ANGABEN ZUR WAISE / ZU DEN WAISEN

Werden nachstehende Fragen mit JA beantwortet, führen Sie bitte den Namen der jeweiligen Waise an!

7.1 EINKOMMEN

Bezieht/Beziehen die Waise(n) eine regelmäßig wiederkehrende Geldleistung (zB Pension, Rente) oder wurde eine solche Leistung beantragt?

☐ nein

☐ ja

..... Name der Waise	 auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise	 auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise	 auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise	 auszahlende Stelle, Aktenzeichen
..... Name der Waise	 auszahlende Stelle, Aktenzeichen

7.2 BUNDESPFLEGEgeld

Fühlt (Fühlen) sich eine (mehrere) Waise(n) derart pflegebedürftig, dass sie ständig der Betreuung und Hilfe bedarf (bedürfen)?

☐ nein

☐ ja

..... Name der Waise	 Name der Waise	 Name der Waise
-------------------------	-------------------------	-------------------------

Bezieht/Beziehen oder beantragte(n) diese Waise(n) auf Grund ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

☐ nein

☐ ja

.....
Name der Waise, Art der Leistung

.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen

☐ ja

.....
Name der Waise, Art der Leistung

.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen

☐ ja

.....
Name der Waise, Art der Leistung

.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen

8. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG

Hat der/die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes **eine Eigenpension** bezogen?

☐ ja

☐ nein ⇒ Bitte nachstehende Erklärung unterfertigen:

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Witwen-, Witwer- und Waisenpension als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

.....
Unterschrift des Antragstellers

9. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

☐ wird gewünscht für

☐ die Witwe (den Witwer)

☐ die Waise(n)

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 für

☐ die Witwe (den Witwer)

☐ die Waise(n)

Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

10. 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** (Waisen binnen **zwei Wochen**) 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

Name der Witwe (des Witwers):

FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER WITWEN(WITWER)PENSION

Die Witwen(Witwer)pension beträgt zwischen 0 und 60 Prozent der Pension, auf die der verstorbene Ehepartner Anspruch gehabt hat oder hätte. Für die Ermittlung des Prozentsatzes der Witwen(Witwer)pension ist die Bildung einer Berechnungsgrundlage für den Hinterbliebenen als auch für den Verstorbenen erforderlich. Maßgebend für die Höhe der Berechnungsgrundlage ist das **Bruttoeinkommen des Hinterbliebenen und des verstorbenen Ehepartners in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des Ehepartners.**

Ausnahme: Hat sich jedoch das Bruttoeinkommen in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Tod des/der Versicherten in Folge Krankheit oder Arbeitslosigkeit vermindert oder wurde in dieser Zeit die unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit wegen Krankheit, Gebrechen oder Schwäche eingeschränkt, ist für die **Berechnungsgrundlage des/der Verstorbenen** die Summe der **Bruttoeinkommen der letzten vier Kalenderjahre vor dem Zeitpunkt des Todes** maßgebend, wenn dies für die Witwe (den Witwer) günstiger ist.

Um die Höhe der Berechnungsgrundlagen feststellen zu können, ersuchen wir Sie, die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, den Fragebogen zu unterfertigen und entsprechende Unterlagen beizulegen. Sollten Sie keine entsprechenden Nachweise besitzen, ersuchen wir, keinesfalls von sich aus bei den jeweiligen Stellen (Dienstgeber, Krankenversicherungsträger, ausländischer Versicherungsträger, etc.) Erhebungen einzuleiten. Diesbezügliche Erhebungen werden von der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt.

Die nachstehenden Fragen betreffen daher grundsätzlich den Zeitraum der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Tod des Ehepartners (zB Tod des Ehepartners am 15.7.2006 ⇒ daher maßgeblicher Zeitraum 1.1.2004 bis 31.12.2005) und es sind sowohl **inländische als auch ausländische Einkünfte** mit allen Änderungen anzugeben.

Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Angaben zu Verzögerungen und Rückfragen führen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐

1. Einkünfte des/der Verstorbenen

Hat sich das Bruttoeinkommen des/der Versicherten in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Tod in Folge Krankheit oder Arbeitslosigkeit vermindert oder wurde in dieser Zeit die unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit wegen Krankheit, Gebrechen oder Schwäche eingeschränkt?

☐ ja ⇒ Die Angaben beziehen sich auf die letzten **vier Kalenderjahre** vor dem Tod des/der Versicherten.

☐ nein ⇒ Die Angaben beziehen sich auf die letzten **zwei Kalenderjahre** vor dem Tod des/der Versicherten.

ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
Pensions-Renten-Ansprüche (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein ☐ Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger) ☐ Unfallversicherungsträger ☐ ausländischer Versicherungsträger	Träger/Anstalt: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR Träger/Anstalt: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR Träger/Anstalt: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR Anzahl der Bezüge pro Jahr:
Ruhe- Versorgungsgenuss aus einem Beamtenver- hältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein	Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR
Unselbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkom- mensnachweise und gegebenenfalls Unterlagen über die Altersteilzeit beilegen) ☐ ja ☐ nein 1. Dienstgeber (Name und Anschrift) Lohn/Gehalt Altersteilzeit Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn/Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der 1. Erwerbstätigkeit: von: bis: ☐ wöchentlich ☐ monatlich brutto EUR ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
2. Dienstgeber (Name und Anschrift) Lohn/Gehalt Altersteilzeit Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn/Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der 2. Erwerbstätigkeit: von: bis: ☐ wöchentlich ☐ monatlich brutto EUR ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich

ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
Selbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung beilegen) ☐ ja ☐ nein (Geschätzte) Einkünfte der maßgebenden Kalenderjahre	Art/Funktion: Standort: von: bis: EUR
Sonstige Leistungen (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein ☐ Krankengeld ☐ Wochengeld ☐ Tag- oder Familiengeld ☐ Arbeitslosengeld ☐ Notstandshilfe ☐ Weiterbildungsgeld ☐ Karenzurlaubsgeld ☐ Sonderunterstützung ☐ Übergangsgeld ☐ Pensionsvorschuss ☐ Administrativpension bzw. Überbrückungszahlung ⇒	Auszahlende Stelle: von: bis: tgl. EUR mtl. EUR Wurden Beiträge zur Selbst- oder Weiterversicherung zur Pensionsversicherung während dieses Bezuges im maßgebenden Zeitraum entrichtet? ☐ ja ☐ nein
Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse (bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen) Eigengrund selbst bewirtschaftet (gepachtet) ☐ ja ☐ nein	Aktenzeichen: Einheitswert: Anteil: Wo? Von wann bis wann? Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz?
Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen (bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen) ☐ ja ☐ nein	Auszahlende Stelle: von: bis: mtl. EUR
Sonstige bisher nicht angeführte Einkünfte (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein	Auszahlende Stelle: von: bis: mtl. EUR

2. Einkünfte der Witwe / des Witwers (Die Angaben betreffen die Einkünfte der Witwe (des Witwers) in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Tod des Ehepartners.)

ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
Pensions-Renten-Ansprüche (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein ☐ Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger) ☐ Unfallversicherungsträger ☐ ausländischer Versicherungsträger	Träger/Anstalt: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR Träger/Anstalt: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR Träger/Anstalt: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR Anzahl der Bezüge pro Jahr:
Ruhe- Versorgungsgenuss aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein	Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle: Aktenzeichen: mtl. brutto EUR
Unselbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensnachweise und gegebenenfalls Unterlagen über die Altersteilzeit beilegen) ☐ ja ☐ nein 1. Dienstgeber (Name und Anschrift) Lohn/Gehalt Altersteilzeit Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn/Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der 1. Erwerbstätigkeit: von: bis: ☐ wöchentlich ☐ monatlich brutto EUR ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
2. Dienstgeber (Name und Anschrift) Lohn/Gehalt Altersteilzeit Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn/Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der 2. Erwerbstätigkeit: von: bis: ☐ wöchentlich ☐ monatlich brutto EUR ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich

ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
Selbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung beilegen) ☐ ja ☐ nein (Geschätzte) Einkünfte der maßgebenden Kalenderjahre	Art/Funktion: Standort: von: bis: EUR
Sonstige Leistungen (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein ☐ Krankengeld ☐ Wochengeld ☐ Tag- oder Familiengeld ☐ Arbeitslosengeld ☐ Notstandshilfe ☐ Weiterbildungsgeld ☐ Karenzurlaubsgeld ☐ Sonderunterstützung ☐ Übergangsgeld ☐ Pensionsvorschuss ☐ Administrativpension bzw. Überbrückungszahlung	1) Auszahlende Stelle: von: bis: tgl. EUR mtl. EUR 2) Auszahlende Stelle: von: bis: tgl. EUR mtl. EUR
Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse (bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen) Eigengrund selbst bewirtschaftet (gepachtet) ☐ ja ☐ nein	Aktenzeichen: Einheitswert: Anteil: Wo? Von wann bis wann? Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz?
Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen (bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen) ☐ ja ☐ nein	Auszahlende Stelle: von: bis: mtl. EUR
Sonstige bisher nicht angeführte Einkünfte (bitte Nachweise beilegen) ☐ ja ☐ nein	Auszahlende Stelle: von: bis: mtl. EUR

Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die auf Grund meiner Angaben zu Unrecht ausgezahlten Leistungen zurückgefordert werden.

.....
Ort / Datum

.....
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 (Anerkennnis/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
Zuname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
zur Adoption freigegeben?	☐ ja ☐ nein seit	☐ ja ☐ nein seit	☐ ja ☐ nein seit	☐ ja ☐ nein seit
Erziehung in Österreich: • ohne Unterbrechung in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren • nur in der Zeit	☐ ja ☐ nein vom bis	☐ ja ☐ nein vom bis	☐ ja ☐ nein vom bis	☐ ja ☐ 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?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich? *	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

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

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift