

Kinder

	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Familien- oder Nachname			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	laufende Nr. Tag Monat Jahr	laufende Nr. Tag Monat Jahr	laufende Nr. Tag Monat Jahr
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind, Enkelkind			
adoptiert?	<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
zur Adoption freigegeben?	<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
Wird Kinderzuschuss beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befindet sich das Kind - in Schulausbildung?	<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 Berufsausbildung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Ist das Kind erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- von welcher Person	.....	.....	.....
- von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....	.....
Wird für das Kind erhöhte Familienbeihilfe bezogen bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....	.....

A. Personaldaten des (der) Versicherten

1. Familien- oder Nachname und Vorname (Familiename vor der ersten Eheschließung):

.....

(Geburtsurkunde des (der) Versicherten beischließen.) Geschlecht:
 männlich weiblich

2. Geboren am: in

Staatsangehörigkeit:
(Staatsbürgerschaftsurkunde beischließen)

3. Anschrift des (der) Versicherten:

.....

Postleitzahl: Ort: Straße: Nr.

Telefonisch erreichbar unter:

Falls der (die) Versicherte voll oder beschränkt entmündigt ist, Name und Anschrift des Sachwalters/der Sachwalterin: (Bestellungsdekret beischließen)

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

.....

Bitte jeden Anschriftenwechsel sofort bekanntgeben!

4. Personenstand:

Ä
Ä

5. Falls Sie mehrmals verheiratet waren:

Name der 1. Ehegattin / des 1. Ehegatten

Datum der Eheschließung: Datum der Scheidung - des Todes:

Name der 2. Ehegattin / des 2. Ehegatten

Datum der Eheschließung: Datum der Scheidung - des Todes:
(Heirats-, Scheidungs- und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen.)

Falls Sie mehrmals in einer eingetragenen Partnerschaft waren:

Name der 1. Partnerin / des 1. Partners

Datum der Eintragung:

Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes:

Name der 2. Partnerin / des 2. Partners

Datum der Eintragung:

Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes:

(Partnerschaftsurkunde, gerichtliche Auflösungsentscheidung und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen)

6. Dienststelle:

.....

7. Zuletzt ausgeübter Beruf (z.B. SchlosserIn, TischlerIn, OberbauarbeiterIn, MagazinarbeiterIn):

.....

B. Unselbstständige Erwerbstätigkeit

1. Stehen Sie derzeit noch in Beschäftigung? JA NEIN

Bei welchem Dienstgeber? Name und Anschrift:

.....

Art der Beschäftigung:

Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR monatlich / wöchentlich

2. Beabsichtigen Sie, dieses Beschäftigungsverhältnis zu lösen? JA NEIN

Wenn ja, ab wann?

3. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig krank? JA NEIN

Wenn ja, seit wann?

4. Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt** an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden? JA NEIN

Wenn ja, Name und Telefonnummer

5. Haben (Hatten) Sie Anspruch auf Abfertigung? JA NEIN
Wenn ja, auf wieviel Monatsbezüge? Monate

6. Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

a) Entgeltfortzahlung JA NEIN
von - bis

b) Ersatzleistung für nicht verbrauchten Urlaub
(Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung) JA NEIN
von - bis

c) Kündigungsentschädigung JA NEIN
von - bis

c. Selbstständige Erwerbstätigkeit

1. Sind Sie derzeit selbstständig erwerbstätig? JA NEIN
Welcher Art ist diese selbstständige Erwerbstätigkeit? (Zutreffendes ankreuzen)

Gewerbebetrieb
Art:
seit:
Höhe des Jahreseinkommens: EUR
(Letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)

Landwirtschaft
BesitzerIn/MitbesitzerIn/PächterIn
seit:
Ausmaß: ha
Einheitswert: zum

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am : nein

nein, beendet seit:

2. Haben Sie Anspruch auf ein Ausgedinge? JA NEIN
Aus welchen Leistungen besteht dieses Ausgedinge?
Seit wann?
(Notariatsakt oder Grundbuchauszug beilegen)
-

D. Sonstige Bezüge

1. Beziehen oder beantragten Sie eine Leistung von einem früheren Dienstgeber? JA NEIN
(z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage etc.)

Aktenzeichen: Auszahlende Stelle:

2. Wurden für Sie wegen Ausscheidens aus einem Beamtenverhältnis Beiträge zur Pensionsversicherung nachentrichtet oder ein Überweisungsbetrag gemäß § 311 ASVG geleistet? JA NEIN
Für welchen Zeitraum und an welchen Versicherungsträger:
-

3. Beziehen Sie derzeit Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung? JA NEIN
(Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, etc.)
Von welchem Arbeitsmarktservice?
-

4. Wird während des Pensionsverfahrens eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung beantragt werden? JA NEIN
Bei welchem Arbeitsmarktservice?
-

5. Beziehen Sie eine Leistung aus der Krankenversicherung (z.B. Krankengeld) JA NEIN
-

6. eine Pension aus der Pensionsversicherung, z.B. Invaliditäts/Berufsunfähigkeitspension, Erwerbsunfähigkeitspension nach dem GSVG oder BSVG, Hinterbliebenenpension oder dgl.? JA NEIN
Von welcher Stelle, während welcher Zeit und in welcher Höhe:
-

7. eine Rente aus der Unfallversicherung (Versehrtenrente oder Hinterbliebenenrente)? JA NEIN
Von welcher Anstalt, während welcher Zeit und in welcher Höhe?
-

8. einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss oder eine ähnliche Versorgungsleistung von den Österreichischen Bundesbahnen, vom Bund, von einem Land oder einer Gemeinde auf Grund einer eigenen Dienstleistung bzw. der Dienstleistung der verstorbenen Ehegattin/ des verstorbenen Ehegatten/der verstorbenen eingetragenen Partnerin/ des verstorbenen eingetragenen Partners? Von welcher Stelle und in welcher Höhe: JA NEIN
-

9. eine Leistung des Bundessozialamtes? JA NEIN
Von welchem Bundessozialamt? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
-

10. eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? JA NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
-

11. eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? JA NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
-

12. eine Leistung von einer ausländischen Stelle? JA NEIN
 Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? Welcher Art? - Aktenzeichen?

13. Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen JA NEIN
 Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Welcher Art? - Aktenzeichen?

14. Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach dem Teilpensionsgesetz bzw. dem Bezügegesetz? JA NEIN

Allfällige Nachweise zu 6 - 14 beischließen.

E. Versicherungsverlauf

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (z.B. rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

ja \Rightarrow ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung.**
Ausnahme: Bei Antrag auf Knappschaftsvollpension bitte
 jedenfalls ab Vollendung des 14. Lebensjahres lückenlos ausfüllen.

nein \Rightarrow führen Sie bitte alle Zeiten
 - 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.

Bei einem Antrag auf Schwerarbeitspension ist Nachstehendes zu beachten:

\Rightarrow Der Versicherungsverlauf ist ab Vollendung des
 40. Lebensjahres vollständig und lückenlos auszufüllen.

\Rightarrow Bitte führen Sie - wenn möglich - die entsprechende Ziffer nach der
 Schwerarbeitsverordnung an.

Kurzüberblick

Als Schwerarbeit gelten jene Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden,	
in Schicht- oder Wechseldienst , wenn dabei auch Nachtdienst geleistet wird \Leftrightarrow Ziffer 1	als schwere körperliche Arbeit \Leftrightarrow Ziffer 4
regelmäßig unter Kälte oder Hitze \Leftrightarrow Ziffer 2	zur berufsbedingten Pflege von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Pflegebedarf \Leftrightarrow Ziffer 5
unter chemischen oder physikalischen Einflüssen \Leftrightarrow Ziffer 3	trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 80%, sofern für die Zeit ab 01.07.1993 ein Pflegegeldanspruch zumindest der Stufe 3 besteht \Leftrightarrow Ziffer 6

Detaillierte Ausführungen finden Sie unter "Informationsblatt über die Bestimmungen der Schwerarbeitsverordnung".

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	Glauben Sie (ab Vollendung des 40. Lebensjahres) Schwerarbeit geleistet zu haben?	Glauben Sie Nacht- schwerarbeit (ab Vollendung des 14. Lebensjahres) geleistet zu haben?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

F. Ergänzende Fragen zum Versicherungsverlauf

1. Haben Sie die Pensionsversicherung freiwillig fortgesetzt? JA NEIN

Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger

2. Bestand oder besteht eine Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes? JA NEIN

Für welchen Zeitraum und bei welchem Versicherungsträger?

3. Wurde bereits ein Verfahren zur rückwirkenden Erfassung Ihres Versicherungsverlaufes (REV-Verfahren) durchgeführt? JA NEIN

Von welchem Pensionsversicherungsträger? (REV-Mitteilung beischließen)

4. Haben Sie auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt? JA NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)?

Wurden Ihre ausländischen Versicherungszeiten bereits festgestellt? JA NEIN

Wenn JA, bitte Aktenzeichen und Versicherungsträger anführen

Hatten Sie jemals Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, ohne dort beschäftigt gewesen zu sein? JA NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)?

5. **Nur von weiblichen Pensionswerbern zu beantworten:**

ERSTATTUNGSBETRAG / AUSSTATTUNGSBETRAG

Haben Sie anlässlich einer Eheschließung die Gewährung eines Ausstattungsbetrages bzw. einer Beitragserstattung beantragt? JA NEIN

Bei welchem Versicherungsträger? Aktenzeichen?

Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? JA NEIN

6. **ZEITEN DER KINDERERZIEHUNG**

Um feststellen zu können, ob Ihnen im Pensionsleistungsfall Zeiten der Erziehung eines Kindes im Inland gemäß § 227a ASVG bzw. § 228 a ASVG anzurechnen sind, bitten wir um wahrheitsgemäße Beantwortung nachstehender Fragen und Bestätigung der Angaben durch Unterschriftsleistung.

Der Kindererziehung in Österreich steht unter bestimmten Voraussetzungen eine solche in einem EU/EWR-Mitgliedstaat und der Schweiz gleich.

Anspruch auf Kindererziehungszeiten für ein und dasselbe Kind besteht in den jeweiligen Zeiträumen nur für die Person, die das Kind tatsächlich und überwiegend erzogen hat.

Dies bedeutet, dass jene Person (Frau oder Mann) die Kindererziehungszeiten angerechnet bekommt, die ab dem Zeitpunkt der Geburt des Kindes bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres (bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres bei einer Mehrlingsgeburt) Karenz(urlaubsgeld)bezug, Sondernotstandshilfe, Kinderbetreuungsgeld (ab 1.1.2002) oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz bezogen hat, oder im maßgeblichen Zeitraum keiner Pflichtversicherung (ohne Beschäftigung, arbeitslos, etc.) unterlag, während der andere Elternteil in der Pensionsversicherung pflichtversichert war.

Waren beide Elternteile in der Pensionsversicherung pflichtversichert oder lag bei keinem der Elternteile eine Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung vor oder bezogen beide Elternteile Karenz(urlaubsgeld), Karenzgeldbezug bei Teilzeitbeschäftigung, Sondernotstandshilfe oder Kinderbetreuungsgeld (ab 1.1.2002), besteht die Vermutung, dass die weibliche Versicherte das Kind tatsächlich und überwiegend erzogen hat. Der männliche Versicherte kann diese Vermutung jederzeit widerlegen.

Ich habe nachstehend angeführte Kinder lebend geboren und im Inland (gemeinsamer Haushalt) bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres (bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres bei einer Mehrlingsgeburt) überwiegend erzogen (Geburtsurkunde(n) beischließen):

Name	Geburtsdatum	Wohnsitz zum Zeitpunkt der Geburt bis zur Vollendung des 4. bzw. 5. Lebensjahres	Haben Sie Karenz-(urlaubs)geld, Sondernotstandshilfe oder Kinderbetreuungsgeld (ab 1.1.2002) bezogen?
			<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="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Ich habe nachstehend angeführte Kinder adoptiert oder nach dem 31.12.1987 zur unentgeltlichen Pflege übernommen oder als Stiefkind zur unentgeltlichen Pflege übernommen (Pflegekind) und im Inland bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres (bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres bei einer Mehrlingsgeburt) überwiegend erzogen (Nachweis wie Geburtsurkunde(n), Adoptionsurkunde(n) Pflegevertrag, Heiratsurkunde(n) beischließen!):

Name	Geburtsdatum	Adoptivkind	Pflegekind	Stiefkind
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab:

Ich habe nachstehend angeführte Kinder lebend geboren, die von einer anderen Person adoptiert oder nach dem 31.12.1987 zur unentgeltlichen Pflege übernommen (Pflegekind) oder als Stiefkind zur Pflege übernommen und bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres (bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres bei einer Mehrlingsgeburt) überwiegend erzogen wurden:

Name	Geburtsdatum	zur Adoption freigegeben	zur Pflege übergeben	als Stiefkind übergeben
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab:

Haben Sie nachstehend angeführte Kinder anderen Personen zur überwiegenden Erziehung bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres (bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres bei einer Mehrlingsgeburt) übergeben?

JA NEIN Wenn JA, an welche Personen:

Name	Geburtsdatum	Für welchen Zeitraum	
		von	bis
		von	bis
		von	bis

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

G. Bundespflegegeld

1. JA NEIN

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

JA NEIN
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

2. Beantragen Sie die Erhöhung des Pflegegeldes? JA NEIN

H. Ergänzende Fragen zur Antragstellung

1. 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

2. 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 Korridor pension ausfüllen:

3. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens eingeschränkt bzw. halten Sie sich für invalid/berufsunfähig? JA NEIN
(Gegebenenfalls bitte Beiblatt ausfüllen!)

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

I. Daten der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Partnerin/ des eingetragenen Partners

1. Familien- oder Nachname und Vorname (Familiennamen vor der ersten Eheschließung):
.....
Geboren am:

2. Lebt die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/
der eingetragene Partner im gemeinsamen Haushalt? JA NEIN

3. Bezieht die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/der eingetragene Partner
eine Pension - Rente - von einem inländischen
oder ausländischen Sozialversicherungsträger JA NEIN
einen Ruhe(Versorgungs)genuss aus einem Dienstverhältnis zu einer
öffentlich-rechtlichen Körperschaft (Bund, Bundesbahn, Land, Gemeinde) JA NEIN
eine sonstige Versorgung? JA NEIN
seit:
von:
Höhe des Bezuges: EUR monatlich
(Zahlungsabschnitt beilegen!)

4. Steht die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/
der eingetragene Partner derzeit in Beschäftigung? JA NEIN
Bei welchem Dienstgeber? Name und Anschrift:
.....
.....
Höhe des sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverdienstes: EUR monatlich / wöchentlich
(Lohn- oder Gehaltsbestätigung beilegen!)

5. Ist die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/
der eingetragene Partner selbstständig erwerbstätig? JA NEIN
Welcher Art ist diese selbstständige Erwerbstätigkeit? (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb Art: seit: Höhe des Jahreseinkommens: EUR	<input type="checkbox"/> Landwirtschaft BesitzerIn/MitbesitzerIn/PächterIn seit: Ausmaß: ha Einheitswert: zum
--	---

(Letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!) (Letzten Einheitswertbescheid beilegen!)

Anweisung

Nützen Sie die Vorteile einer bargeldlosen Pensionszahlung und beantragen Sie bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl ein PENSIONSKONTO!

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.**

....., am

(Ort)

(Datum)

.....
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich bin der/die

gesetzliche VertreterIn

Vormund

gerichtlich bestellte SachwalterIn des (der) Obgenannten.

Name und Adresse:

Vollmacht

liegt bei

wird nachgereicht

Bitte legen Sie dem Antrag gegebenenfalls die Bestellsurkunde bei, wenn dies der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau noch nicht nachgewiesen wurde.

Meldeverpflichtung

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Ich bin mir bewusst, dass wissentlich unrichtige Angaben allenfalls strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

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, ist binnen **sieben Tagen** zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

Datenschutz

Sind Sie einverstanden, dass die
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau - Pensionsversicherung
die für Ihr Verfahren erforderlichen **Melddokumentationen** einholt?

JA

NEIN

Alle Informationen, die Ihre Person betreffen, werden von uns im Sinne des Datenschutzes
vertraulich behandelt.

BITTE BEACHTEN SIE:

Der Pensionsbeginn ist vom Zeitpunkt des Einlangens des Pensionsantrages bei der Versicherungsanstalt abhängig. Wir empfehlen daher, das ausgefertigte Formular auch dann ehestens an die Versicherungsanstalt weiterzuleiten, wenn nicht alle erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) vorhanden sind. Die fehlenden Unterlagen sind **umgehend** nachzusenden.

Ein bei einer Gemeinde gestellter Antrag gilt mit dem Tag der Einbringung bei dieser als gestellt, wenn der Antrag binnen **zwei Monaten** bei einem Versicherungsträger einlangt.

BEILAGEN:

Geburtsurkunde

Geburtsurkunden der Kinder

Heiratsurkunde/Partnerschaftsurkunde

Scheidungsurteil bzw. Vergleichsausfertigung/gerichtliche Auflösungsentscheidung

Staatsbürgerschaftsnachweis

Arbeitsbescheinigung

SONSTIGE VERMERKE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Das Antragsformblatt kann auch bei allen Servicestellen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Krankenkassen) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) eingebracht werden.

Servicestellen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Gesundheits- und Betreuungszentrum LINZ

Bahnhofplatz 3-6
4020 Linz
Tel.: 050 2350 - 36 900

Gesundheits- und Betreuungszentrum INNSBRUCK

Südtirolerplatz 3
6020 Innsbruck
Tel.: 050 2350 - 36800

Gesundheits- und Betreuungszentrum SALZBURG

Hauptbahnhof
Südtirolerplatz 1
5020 Salzburg
Tel.: 050 2350 - 36 700

Gesundheits- und Betreuungszentrum GRAZ

Hauptbahnhof
Europaplatz 5
8020 Graz
Tel.: 050 2350 - 36 400

Gesundheits- und Betreuungszentrum VILLACH

Bahnhofsplatz 1
9500 Villach
Tel.: 050 2350 - 36 600

Außenstelle EISENERZ

Hammerplatz 1
8790 Eisenerz
Tel.: 050 2350 - 36 450

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Hauptstelle Wien:

Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien

Tel.: 050 2350 - 33 302

Fax: 050 2350 - 73 200

Geschäftsstelle Graz:

Lessingstraße 20, 8010 Graz

Tel.: 050 2350 - 33 600 oder 33 601

Fax: 050 2350 - 73 201

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familien- o. Nachname:
 Vorname:

Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension

! Der Versicherungsverlauf im Antragsformblatt ist jedenfalls lückenlos auszufüllen !

ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Wegen welcher **Krankheiten, Leiden** oder **Gebrechen** und **seit wann** halten Sie sich für invalid/berufsunfähig?

Krankheiten, Leiden, Gebrechen:	seit:
.....
.....
.....
Letzte Krankenstände:	
..... von - bis	..... von - bis
Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Bisherige **Operationen** und **schwere Krankheiten** mit **Jahresangabe**:

.....

Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Jahre:

in	von	bis
in	von	bis
in	von	bis
Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befunde direkt vom Krankenhaus einholen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		

Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	.....	.....
	Versicherungsträger	Grund der Untersuchung

Wurden Maßnahmen der **Rehabilitation** (Aufenthalte, Kurse, Umschulungen usw.), **Kuraufenthalte** und **Heilverfahren** durch einen Sozialversicherungsträger in den letzten 5 Jahren gewährt oder von Ihnen beantragt?

<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:

Ist Ihr Leiden die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit**?

NEIN JA

Wurde Unfallanzeige erstattet? NEIN JA

Versicherungsträger

Ist Ihr Leiden die Folge eines **sonstigen Unfalles**?

NEIN JA

Unfallhergang

Ist Ihr Leiden durch Dritte verursacht worden?

NEIN JA

Datum Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? NEIN JA

Ist Ihr Leiden durch eine von Ihnen begangene Handlung vorsätzlich herbeigeführt worden?

NEIN JA

War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?

NEIN JA

zuständiges Gericht / Geschäftszahl

Hausarzt / behandelnder Arzt:

.....

Name und Anschrift

ANGABEN ZUR ERWERBSTÄTIGKEIT

Lehrausbildung:

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Betriebsort	Lehrabschluss
.....	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
.....	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Sonstige Aus- und Weiterbildungen (Kurse, Schulungen, Meisterprüfungen, etc.):

von	bis	Art	Abschluss
.....	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
.....	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
.....	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Angaben zur derzeit ausgeübten Erwerbstätigkeit:

Befinden Sie sich derzeit in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis?

ja, voraussichtliches Ende: nein, beendet seit:

Sind Sie selbstständig erwerbstätig?

ja, Tätigkeit: nein

TÄTIGKEITSBILD

Haben Sie das 57. Lebensjahr bereits vollendet oder werden Sie dieses in den nächsten 6 Monaten vollenden?

- ja \Rightarrow die nachstehenden Fragen sind für **jedes** in den letzten 15 Jahren ausgeübte **Beschäftigungsverhältnis gesondert** zu beantworten.
- nein \Rightarrow die nachstehenden Fragen sind für die in den letzten 15 Jahren **überwiegend ausgeübte Tätigkeit** zu beantworten.

Name des Dienstgebers und Betriebsart:

.....

genaue Beschreibung aller Teiltätigkeiten anführen (z.B.: MagazineurIn in der Werkzeugausgabe; als LagerarbeiterIn Sortieren und Verpacken der Waren; Näharbeiten an Maschinen; Löten von Printplatten; Zusammenschrauben von Werkteilen; Kundenbetreuung im Innen- oder Außendienst; Dekorieren von Schaufenstern)

von	bis	Genauere Tätigkeitsbeschreibung	Verwendete Werkzeuge, Geräte etc.
.....
.....
.....

Welche Ausbildung war für diese Tätigkeit erforderlich?

Schulbildung nach Abschluss der Pflichtschule:

abgeschlossene Lehre als:

Sonstige Kenntnisse (z.B. Meisterprüfung, Schulungen, Schweißprüfung, EDV-Kenntnisse):

Haben Sie diese Tätigkeit in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre hindurch ausgeübt?

- JA NEIN

tägliche Arbeitszeit in Stunden:				ständig	häufig	fallweise	nicht
Außendienst				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisetätigkeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten über Kopfhöhe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in gebückter Haltung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in vorgebeugter Haltung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in knieender Haltung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in hockender Haltung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in anderen Körperhaltungen (welche:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben von Lasten	- leicht	(bis 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- mittelschwer	(bis 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- schwer	(über 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen von Lasten	- leicht	(bis 5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- mittelschwer	(bis 15 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- schwer	(über 15 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ständig	häufig	fallweise	nicht
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten an laufenden Maschinen oder Geräten (welche:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsbedingtes Lenken eines KFZ etc. (welches:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärmeinwirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauch oder Gase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuglufteinwirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in geschlossenen Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Leitern oder Gerüsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durchschnittlicher Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überdurchschnittlicher Zeitdruck (z.B. Termin- od. Abschlussarb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besonderer Zeitdruck (z.B. Akkordarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fließbandarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtarbeit (von bis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grobarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedienen von Tastaturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kundenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsicht über MitarbeiterInnen	<input type="checkbox"/> JA	Anzahl:		<input type="checkbox"/> NEIN

Weitere besondere Anforderungen:

.....
Datum

.....
Unterschrift

Informationsblatt über die Bestimmungen der Schwerarbeitsverordnung

Als Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden, gelten laut der mit 01. Jänner 2007 in Kraft getretenen Schwerarbeitsverordnung jene, die geleistet werden

1. **in Schicht- oder Wechseldienst**, wenn dabei auch Nachtdienst im Ausmaß von mindestens 6 Stunden zwischen 22 und 06 Uhr an mindestens sechs Arbeitstagen im Kalendermonat geleistet wird, sofern nicht in diese Arbeitszeit überwiegend Arbeitsbereitschaft fällt;

Unter Schicht- oder Wechseldienst ist die Einbindung in einen periodischen Wechseldienst (Schichtplan) zu verstehen. Ein Schichtentausch spielt keine Rolle und es ist von einer durchschnittlichen Betrachtung auszugehen. Als Arbeitsbereitschaft ist der Aufenthalt an einem vom Dienstgeber bestimmten Ort mit der Verpflichtung zur jederzeitigen Aufnahme der Arbeit im Bereitschaftsfall zu verstehen. Während dieser Arbeitsbereitschaft wird jedoch keine Tätigkeit ausgeübt. Als überwiegende Arbeitsbereitschaft ist mehr als die Hälfte der Arbeitszeit zu verstehen.

Eine längere Durchrechnung wie im Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) ist maßgeblich.

2. **regelmäßig unter Hitze oder Kälte**, wobei bei diesen Begriffen an das Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) angeknüpft wird;

Hitze liegt bei einem durch Arbeitsvorgänge bei durchschnittlicher Außentemperatur verursachten Klimazustand vor, der einer Belastung durch Arbeit während des überwiegenden Teils der Arbeitszeit (d. h. mindestens während der Hälfte der Arbeitszeit) bei 30 Grad Celsius und 50% relativer Luftfeuchtigkeit bei einer Luftgeschwindigkeit von 0,1m pro Sekunde wirkungsgleich oder ungünstiger ist.

Kälte ist gegeben bei überwiegendem Aufenthalt in begehbaren Kühlräumen, wenn die Raumtemperatur niedriger als minus 21 Grad Celsius ist, oder wenn der Arbeitsablauf einen ständigen Wechsel zwischen solchen Kühlräumen und sonstigen Arbeitsräumen erfordert.

3. **unter chemischer oder physikalischen Einflüssen**, wenn dadurch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 10% verursacht wurde; und das insbesondere
 - bei Verwendung von Arbeitsgeräten, Maschinen und Fahrzeugen, die durch gesundheitsgefährdende Erschütterung auf den Körper einwirken, oder
 - wenn regelmäßig und mindestens während vier Stunden der Arbeitszeit Atemschutzgeräte (Atemschutz-, Filter- oder Behältergeräte) oder während zwei Stunden Tauchgeräte getragen werden müssen, oder
 - bei ständigem gesundheitsschädlichen Einwirken von inhalativen Schadstoffen, die zu Berufskrankheiten führen können;
4. **als schwere körperliche Arbeit**, die dann vorliegt, wenn bei einer achtstündigen Arbeitszeit von Männern mindestens 8.374 Arbeitskilojoule (2.000 Arbeitskilokalorien) und von Frauen mindestens 5.862 Arbeitskilojoule (1.400 Arbeitskilokalorien) verbraucht werden;
5. **zur berufsbedingten Pflege** von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- oder Pflegebedarf, wie beispielsweise in der Hospiz oder Palliativmedizin;
6. **trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbstätigkeit** (nach Behinderteneinstellungsgesetz) von mindestens 80%, sofern für die Zeit nach dem 30. Juli 1993 ein Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bestanden hat.