

2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

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

Zuname: Vorname:

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

Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

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

3. PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DES EHEPARTNERS

(auch anzugeben bei geschiedener Ehe / getrennt lebendem Ehegatten)

Zuname: Vorname:

FrÙhere Namen:

Versicherungsnummer / Geburtsdatum:

Leben Sie mit dem Ehepartner im gemeinsamen Haushalt? ja nein

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

Hat Ihr Ehepartner ein sonstiges Einkommen? ja nein

Welcher Art? mtl. netto EUR

4. KINDERZUSCHUSS (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

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

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

Ist Ihr Beschäftigungsverhältnis aufrecht?

ja Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR

Beabsichtigen Sie die Beschäftigung im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am: nein

nein, beendet seit:

Datum der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

Haben Sie Anspruch auf Abfertigung? ja nein
von - bis

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

Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

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

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

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

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

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

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

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

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR

Name und Anschrift / Standort des Betriebes:

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:

.....

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am: nein

nein, beendet seit:

7. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT

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

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

ja, wo? von wann bis wann?

selbst bewirtschaftet verpachtet übergeben gepachtet oder zugepachtet

nein

8. POLITISCHE FUNKTION

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

9. SONSTIGE BEZÜGE

Beziehen oder beantragten Sie eine der nachstehenden Leistungen?

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

11. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF

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

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

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

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

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

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

Von weiblichen Versicherten auszufüllen:

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

12. BUNDESPFLEGE GELD

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

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

13. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG

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

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

Bitte nur bei Antrag auf (vorzeitige) Alterspension ausfüllen:

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

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

14. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

- wird gewünscht

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

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

15. MELDEVERPFLICHTUNG

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

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

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

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, A-1021 Wien



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Zuname:

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, u. Ä.):

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 ⇒ die nachstehenden Fragen sind für **jedes** in den letzten 15 Jahren ausgeübte **Beschäftigungsverhältnis gesondert** zu beantworten.
- nein ⇒ 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.: Magazineur in der Werkzeugausgabe; als Lagerarbeiter 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 Mitarbeiter <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="checkbox"/> nein				

Weitere besondere Anforderungen:

.....
Datum

.....
Unterschrift



Abteilung / Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

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

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

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

Als Kinder gelten:

eheliche Kinder

Erforderliche Dokumente:

- Geburtsurkunde

Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:

uneheliche Kinder

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

legitimierte Kinder

- Legitimationsurkunde

Wahl-(Adoptiv)kinder

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

Stiefkinder

- Nachweis über Ihre Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil

Pflegekinder

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

ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

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

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Zuname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert? zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit
Erziehung in Österreich: <input type="radio"/> in den ersten vier Lebensjahren <input type="radio"/> 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 im Ausland: 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 in Österreich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der andere Elternteil in den ersten vier Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift