



┌
Eingelangt am: ┐

Antrag auf

- WITWENPENSION
- WITWERPENSION
- WAISENPENSION

└
┐

! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !

1. PERSONALDATEN DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Zuname: Vorname:

Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: seit:

Geburtsdatum: Geburtsort / Land:

Datum der Eheschließung(en):
.....

Letzter Wohnort:
Postleitzahl, Ort, Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

Todestag: Todesursache:

2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Zuname: Vorname:

Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: seit:

Geburtsdatum: Geburtsort / Land:

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

Datum der Eheschließung(en):
.....

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

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

.....
Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Sollten Sie Ihre Adresse - wenn auch nur vorübergehend - ändern, ersuchen wir um sofortige Benachrichtigung!

5. ANGABEN ZUM / ZUR VERSTORBENEN VERSICHERTEN

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

• Ist der Tod durch Dritte verursacht worden?

nein ja Datum Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?

nein ja zuständiges Gericht / Geschäftszahl

BEZÜGE DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

Bezog oder beantragte der / die Verstorbene eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
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. Beschädigtenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (z.B. Rente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (z.B. Ruhegenuss, 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"/>	

• Hatte der / die Verstorbene einen land-(forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?

ja, wo? von wann bis wann?
Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz?

nein

• War der / die Verstorbene sonst selbstständig erwerbstätig?

ja, wo? von wann bis wann?
Welcher Art?

nein

ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

- Wurden auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt?

ja Staat(en) nein

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

ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein

- Hatte der / die Verstorbene jemals seinen / 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

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

ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein

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

ja Versicherungsträger, Aktenzeichen 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 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- oder Adoptivvater 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 wiederverehelicht habe.

.....
Unterschrift der Witwe / des Witwers

nein ⇒ Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden bzw. für nichtig erklärt?

.....
Datum

.....
zuständiges Gericht / Geschäftszahl

- Bestand zum 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? In welcher mtl. Höhe? EUR

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

EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS

- 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

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

ja Art der Funktion

Höhe der mtl. Bruttobezüge / Funktionsgebühren: EUR

nein

SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS

Beziehen oder beantragen 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"/>	

VERSICHERUNGSVERLAUF DER WITWE / DES WITWERS

- 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
- Erhielten Sie anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung?
 ja Versicherungsträger, Aktenzeichen nein
 Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? ja nein
- Machen Sie Kindererziehungszeiten geltend? ja nein
 (Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

7. ANGABEN ZUR WAISE / ZU DEN WAISEN

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

- Ist / Sind die Waise(n) Vollwaise(n)?

ja Name der Waise Name der Waise Name der Waise

Name des anderen leiblichen Elternteiles:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

nein

EINKOMMEN DER WAISE(N)

- Bezieht eine der Waisen eine regelmäßig wiederkehrende Geldleistung (z.B. Pension, Rente) oder wurde eine solche beantragt?

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

nein

BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WAISE(N)

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

ja Name der Waise Name der Waise Name der Waise

Bezieht oder beantragte diese Waise 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

nein

- Ist / sind die Waise(n) gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?

ja nein

8. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG

Die nachstehende Erklärung nur unterfertigen, wenn der / die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes **keine Eigenpension** bezogen hat.

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.

Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe einen Anspruch auf Witwen- / Witwerpension?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

.....
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, 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** (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

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:

Erforderliche Dokumente:

eheliche Kinder

- 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit	seit	seit	seit
Erziehung in Österreich:	<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="radio"/> in den ersten vier Lebensjahren	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
<input type="radio"/> nur in der Zeit				
Erziehung im Ausland:	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Staat
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
Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?

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