

PENSIONSANTRAG auf

- Alterspension
- Korridorpension (ab 62. Lebensjahr)
- vorzeitige Alterspension
bei langer Versicherungsdauer
- Erwerbsunfähigkeitspension bzw. Maßnahmen zur Rehabilitation

ÜBERPRÜFUNGSANTRAG auf

- Feststellung der Versicherungszeiten
- Feststellung d. Erwerbsunfähigkeit
- Nachentrichtung gem. § 39a BSVG

Zutreffendes bitte ankreuzen

Eingangsstempel

A. Personaldaten des Antragstellers (der Antragstellerin)

Familienname		Vorname		Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr
Vorname		Geburtsort				
Frühere(r) Name(n)		Geburtsurkunde bitte beilegen!				
Derzeitige Staatsbürgerschaft						
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit			
Heiratsurkunde, Sterbeurkunde bzw. Scheidungsurteil bitte beilegen	<input type="checkbox"/> geschieden seit		<input type="checkbox"/> geschieden seit			
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit		<input type="checkbox"/> verwitwet seit			
Wohnanschrift		Hausname (vulgo)		Telefon		
Postleitzahl	Postort	politischer Bezirk				

B. Personaldaten des Ehepartners

Familienname		Vorname		Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr
Frühere(r) Name(n)		Gemeinsamer Haushalt				
Beruf		mit dem Ehepartner gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

C. Personaldaten der Kinder (Enkel) für die Gewährung des Kinderzuschusses:

- Alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr anführen.
- Alle Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr anführen, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder erwerbsunfähig sind.
- Enkel nur dann anführen, wenn sie mit dem (der) Antragsteller(in) ständig in Hausgemeinschaft leben und gegen ihn (sie) einen Unterhaltsanspruch haben.

Familienname	Vorname	ehelich, legitimiert, unehelich, Wahl-, Stiefkind, Enkel	Kinderzuschuss über das 18. Lebensjahr beantragt wegen	Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr

Geburtsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennung, Bestätigung über den ordnungsgemäßen Schulbesuch (Berufsausbildung), Lehrvertrag bzw. ärztliche Bestätigung bitte beilegen!

D. Angaben über die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft (Ende der Pflichtversicherung). Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte usw. und den (die) zuletzt erhaltenen Einheitswertbescheid(e) bitte beilegen.

Eigengrund, Fruchtgenuss des Antragstellers (der Antragstellerin)				
Übergabe, Verkauf, Verpachtung		zurückbehaltene, bewirtschaftete Flächen		
am	Ausmaß in ha	Ausmaß in ha	Kulturart	letzter Einheitswert
Eigengrund, Fruchtgenuss des Ehepartners				
Pachtgründe, sonstige Nutzflächen des Antragstellers (der Antragstellerin)				
Rückgabe		weiterhin gepachtet bzw. auf sonstige Art genützt		
am	Ausmaß in ha	Ausmaß in ha	Kulturart	letzter Einheitswert
Pachtgründe, sonstige Nutzflächen des Ehepartners				
Wovon wird seit der Betriebsaufgabe vorwiegend der Lebensunterhalt bestritten?				

E. Unterhaltsverpflichtungen und Unterhaltsansprüche zur Feststellung der Ausgleichszulage

1. Hat der Antragsteller (die Antragstellerin) Kinder überwiegend zu erhalten?				
Deren Namen und Geburtsdaten	Eigenes Einkommen; Art (Lehrlingsentschädigung, Arbeitsverdienst usw.)			netto mtl. EUR
2. Einkünfte der Eltern				
Verwandtschaftsgrad zum Antragsteller	Name und Beruf des Unterhaltspflichtigen	Gemeins. Haushalt	mtl. Höhe des Nettoeinkommens	
Vater		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Mutter		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Tatsächlicher Unterhalt vom geschiedenen (getrennt lebenden) Ehepartner				
Name und Anschrift	Geburtsdatum	Rechtsgrundlage (Urteil, Vergleich, Vertrag)		Höhe des mtl. Unterhaltes
	. .			
4. Die Eltern haben – der geschiedene Ehepartner hat – noch folgende weitere Angehörige zu erhalten:				
Name und Geburtsdatum		Verwandtschaftsverh.	Eig. Einkommen d. Angehörigen Art	mtl. EUR
. .				
. .				
. .				
5. Erhält der Antragsteller weitere Unterhaltsleistungen?	von wem/Verwandtschaftsverhältnis/mtl. Höhe			

F. Erwerbstätigkeiten (Beschäftigungen) und Einkünfte in Geld oder Geldeswert zum Zeitpunkt der Antragstellung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Art der Einkünfte	Antragsteller (Antragstellerin)	Ehepartner (auch wenn geschieden)
1. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf? <small>(Bitte, den letzten Einkommenssteuerbescheid beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Standort:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Standort:
2. Unselbständige Erwerbstätigkeit als Arbeiter, Angestellter, Beamter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/mtl. Bezug
3. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeitbeihilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenkasse/Arbeitsamt/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenkasse/Arbeitsamt/mtl. Bezug
4. Ruhe-(Versorgungs-)genüsse <small>(Bitte, einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen, auszahlende Stelle/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen, auszahlende Stelle/mtl. Bezug
5. Bezug nach dem Opferfürsorgegesetz <small>(Bitte, einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen/mtl. Bezug
6. Wird eine Geldleistung bezogen von . . . ; oder wurde ein Antrag gestellt bei . . . <small>(Gegebenenfalls den betreffenden Versicherungsträger ankreuzen.)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!
<input type="checkbox"/> der Pensionsversicherungsanstalt	Aktenzeichen(AZ)	Aktenzeichen(AZ)
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der gewerbl. Wirtschaft	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Pensionsvers.	Versicherungsnummer (VSNR)	Versicherungsnummer (VSNR)
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Unfallversicherung	VSNR	VSNR
<input type="checkbox"/> der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem ausländischen Versicherungsträger (Anschrift)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der öffentl. Fürsorge (auch Pflegegeld, Blindenbeihilfe u.ä.)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	AZ	AZ
7. Sonstige Einkünfte (z.B. Ausgedinge, Leibrenten, Firmenpensionen, Bürgermeisterpension, Aufwandsentschädigungen, Provisionen, Vermögenszinsen, Funktionärsbezüge, Einnahmen aus Zimmer- und Wohnungsvermietung, Vermietung von Ställen und Scheunen etc. für gewerbl. und sportliche Zwecke, Pachteinahmen aus Grundflächen, Pachteinahmen aus Campingplätzen, Alimente, Unterhaltsleistungen usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art
	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	Art	Art
	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
Art	Art	
EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	

G. Angaben über den Gesundheitszustand (bereits vorhandene ärztliche Befunde beilegen!)

1. Wegen welcher Krankheiten oder Gebrechen hält sich der Antragsteller (die Antragstellerin) für dauernd erwerbsunfähig?	
2. Bedarf der Antragsteller (die Antragstellerin) ständig der Hilfe und beantragt deshalb das Pflegegeld?	
3. Ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit durch Dritte oder einen Arbeitsunfall (Berufskrankheit) verursacht worden? Name und Anschrift des Schädigers anführen!	
4. War der Antragsteller (die Antragstellerin) in den letzten drei Jahren in Krankenhauspflege? Von wann bis wann? In welchem Krankenhaus?	
5. Ist der Antragsteller (die Antragstellerin) geh- bzw. reisefähig und daher imstande, zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	

H. Wenn der Antragsteller (die Antragstellerin) den Antrag nicht selbst stellt, Name und Anschrift des Bevollmächtigten (Vollmacht bitte beilegen.)

.....

Hat der Antragsteller (die Antragstellerin) einen Sachwalter (Vormund), Name und Anschrift des Sachwalters (Vormundes) **(Bitte Bestätigung des Pflegschaftsgerichtes über den Umfang der Vertretungsbefugnis beilegen!)**

.....

J. Pensionsauszahlung

Der Antragsteller (die Antragstellerin) wünscht, dass die Pension

auf das Konto Nr..... bei der $\frac{\text{- Kasse}}{\text{- Bank}}$ in

überwiesen wird. **(Bitte, den Überweisungsantrag, der von diesem Geldinstitut ausgestellt wird, beilegen.)**

durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird.

K. Lohnsteuer: Für die Berücksichtigung des **Alleinverdiener-/Alleinerzieherabsetzbetrages** ist die Vorlage einer Erklärung erforderlich. Dafür erhalten Sie über Anforderung von unserer Anstalt oder vom Finanzamt das Formular **E30**.

Für den Fall, dass die Entrichtung von freiwilligen Beiträgen zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen notwendig ist, gilt dieser Pensionsantrag auch als Antrag auf Weiterversicherung.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich verpflichte mich, alle künftig anfallenden Geld- und Sachleistungen, deren Erhöhung sowie jede Änderung in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, insbesondere die Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit dem Ehepartner, den Tod des Ehepartners oder der Kinder und die Änderung meines Wohnsitzes sofort, längstens innerhalb von 2 Wochen, mitzuteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Änderung in der Höhe des Erwerbseinkommens innerhalb von 7 Tagen bekannt zu geben ist.

Anzahl der Beilagen:

.....
Ort und Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (der Antragstellerin)
oder des bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

Zur Beachtung! Um Nachteile für den Antragsteller (die Antragstellerin) bei der Festsetzung des Pensionsbeginnes zu vermeiden, sind Anträge sofort an die Anstalt weiterzuleiten, also auch dann, wenn die erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) nicht oder noch nicht vollständig beigelegt werden können. Fehlende Nachweise sind ehestens nachzusenden.
Alle Urkunden und Beilagen sind stempel- und gebührenfrei, wenn sie nur für diesen Antrag verwendet werden sollen!

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle:

Dieser Antrag sowie das Beiblatt wurden von der unterzeichnenden Stelle als Niederschrift im Sinne des § 14 AVG aufgenommen. Die Partei wurde zur Wahrheitspflicht ermahnt und auf die Folgen unwahrer Angaben hingewiesen.

.....
Ort und Datum

.....
Stempel und Unterschrift

Beschäftigungsverlauf des (der) Antragstellers(in)

		Versicherungsnummer		
Familiename	Vorname	Geburtsdatum		
		Tag	Monat	Jahr

Bitte beachten! Falls Sie bereits eine "Mitteilung über Pensionsversicherungszeiten" erhalten haben, ist dieses Einlageblatt nur dann auszufüllen, wenn Pensionsversicherungszeiten in der oben erwähnten "Mitteilung" noch nicht berücksichtigt sind. Die im Zusammenhang mit der Erfassung der Versicherungszeiten bereits vorgelegten Dokumente brauchen nicht wieder vorgelegt zu werden. Die "Mitteilung über Pensionsversicherungszeiten" ist – soweit vorhanden – diesem Antrag beizulegen.

1. Zeiten der Beschäftigung im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb der Eltern, Groß-, Wahl-, Stief- oder Schwiegereltern nach Vollendung des 15 Lebensjahres.

vom <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	bis <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	Name, Geburtsdatum und Anschrift des Betriebsinhabers <small>(Betriebsort / Gemeinde / Land)</small>	Ausmaß des Betriebes in ha	Verwandtschaftsverhältnis zum Betriebsinhaber	Wurde diese Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt?
Daten für Antragsteller (Antragstellerin)					
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft. Hier sind Zeiten, in denen ein Betrieb auf Rechnung und Gefahr des Antragstellers (der Antragstellerin) geführt wurde (nicht jedoch Zeiten der gänzlichen Verpachtung), anzuführen. **Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte usw. bitte beilegen!**

Bis 30. September 1970

Betriebsführung		Ausmaß der bewirtschafteten Fläche		Kulturart der Pachtgründe	Wurde der Betrieb a) allein b) mit dem Ehepartner c) mit anderen Pers. geführt?	Beständen, bestehen Ehepakte?	Eigentumsanteil <small>(z.B. 1/1, 1/2, 1/3)</small>	Wurde daraus überwiegend der Lebensunterhalt bestritten?
		Eigengrund Fruchtgenuss- (Wirtschafts-) recht in ha	Pachtgrund in ha					
vom <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	bis <small>(Tag, Monat, Jahr) (längstens 30.9.1970)</small>	Betriebsort / Gemeinde / Land						
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ab 1. Oktober 1970

Betriebsführung		Betriebsort / Gemeinde / Land
vom <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	bis <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	

Die Beitragszahlungen an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern erfolgten unter folgenden Aktenzeichen:

- Beiträge zur Pflichtversicherung Aktenzeichen
- Beiträge zur Weiterversicherung nein ja Aktenzeichen
- Beiträge zur Höherversicherung nein ja Aktenzeichen

3. Zeiten der hauptberuflichen Beschäftigung in dem auf Rechnung und Gefahr des Ehepartners geführten land(forst)wirtschaftlichen Betrieb (frühestens ab 1.1.1992) bis zum Pensionsstichtag.

vom <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	bis <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	Betriebsort / Gemeinde / Land

4. Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit in der gewerblichen Wirtschaft
(oder gleichgestellten freiberuflichen Erwerbstätigkeit).

Art der Gewerbeberechtigung (der freiberuflichen Erwerbstätigkeit)	Zeiten der tatsächlichen Ausübung		Zeiten der Nichtausübung, Stilllegung, Verpachtung, usw.		Anschrift (Standort) des Betriebes (Gemeinde, Bezirk, Land)
	vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	
Daten für Antragsteller (Antragstellerin)					
Die Beitragszahlungen an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft erfolgten unter dem Aktenzeichen:					

5. ● Zeiten der Schulausbildung (**Schulzeugnisse bzw. Studiennachweise bitte beilegen**),

- Zeiten einer unselbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb oder neben der Tätigkeit im Betrieb der Eltern, Groß-, Wahl-, Stief- oder Schwiegereltern, des Ehepartners oder im eigenen Betrieb,
- Zeiten der Arbeitslosigkeit und der freiwilligen Pensions(Renten)versicherung nach Vollendung des 14. Lebensjahres.

vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	Schüler – Student beschäftigt als arbeitslos, freiwillig versichert	Name und Anschrift der mittleren, höheren oder Hochschule, der Dienstgeber, des Arbeitsamtes bzw. der Pensionsversicherungsanstalt (Aktenzeichen bitte angeben!)
Daten für Antragsteller (Antragstellerin)			

6. Zeiten des Wehr-, Kriegs- oder Notdienstes, der Kriegsgefangenschaft, Internierung sowie sonstiger Verhinderung.
(**Staatsbürgerschaftsnachweis, Soldbuch, Wehrpass, Heimkehrerentlassungsschein, Wehrdienstbuch bitte beilegen!**)

vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	Art der Dienstleistung, Grund der Verhinderung

7. Zeiten der Kindererziehung

Im Inland (EWR) mindestens während der ersten vier Lebensjahre **überwiegend** erzogene leibliche Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder und Pflegekinder (Pflegekinder nur dann, wenn die Übernahme der Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgt ist).

<p>Zeiten der Kindererziehung</p> <p><input type="checkbox"/> liegen vor – falls diese in der auf der Vorderseite erwähnten "Mitteilung" noch nicht berücksichtigt sind, verwenden Sie bitte für Angaben dazu den Vordruck "Erklärung für Zeiten der Kindererziehung".</p> <p><input type="checkbox"/> liegen nicht vor</p>
--

Ort und Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (der Antragstellerin)
oder des bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Vertreters