



# Antrag auf

Eingelangt am:

- WITWENPENSION
- WITWERPENSION
- PENSION FÜR HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN
- PENSION FÜR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER
- WAISENPENSION für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

**! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !**

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

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

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname: ..... Vorname: .....

Titel: ..... Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich      Geburtsdatum: .....

Geburtsort: ..... Land: .....

Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

Letzter Wohnort: .....

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

Ort

Bundesland

Land

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en): .....

Todestag: ..... Todesursache: .....

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

Ist der Tod durch Unfall bzw. Dritte verursacht worden?

nein  ja .....  
Datum      Name und Anschrift der Person, die den Schaden verursacht hat

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?

nein  ja .....  
zuständiges Gericht, Geschäftszahl



**2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS** (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname: ..... Vorname: .....

Titel: ..... Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Geburtsdatum: .....

Geburtsort: ..... Land: .....

Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

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

.....  
Ort Bundesland Land

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

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

Personenstand:  verheiratet  verwitwet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft lebend  hinterbliebene eingetragene Partnerin  
 hinterbliebener eingetragener Partner  aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en): .....

Datum des Todes des Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en): .....

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

**3.1 WAISE 1**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

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

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen



**3.2 WAISE 2**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

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

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen

**3.3 WAISE 3**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

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

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen



**3.4 WAISE 4**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

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

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

**3.5 WAISE 5**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

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

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen



**4. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

Nur ausfüllen, wenn der Antrag auf Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner von einer anderen Person bzw. der Antrag auf Waisenpension nicht von der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner gestellt wird.

	<i>Nachweis liegt bei</i>	<i>wird nachgereicht</i>
<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person (Sachwalter, mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigter, gewählter, gesetzlicher oder gerichtlicher Erwachsenenvertreter, Kurator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienname: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Straße, Gasse, Platz	Hausnr., Stiege, Tür
..... Postleitzahl, Ort	..... Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen die / den verstorbene(n) Versicherte(n), die Witwe / den Witwer / die hinterbliebene eingetragene Partnerin / den hinterbliebenen eingetragenen Partner bzw. die Waise(n) betreffen!

**5. ANGABEN ZUM / ZUR VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

**5.1 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 (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Sozialministeriumservice (zB Beschädigtenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhegenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage, Administrativpension, Überbrückungszahlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**5.2 VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

Bezog der / die Verstorbene bereits eine Pension?

- ja ⇒ Wurde während des Pensionsbezuges eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?  
 ja     nein

**Falls der / die Verstorbene bereits eine Pension bezogen hat, ist die Beantwortung der weiteren Fragen in diesem Punkt nicht mehr erforderlich, bitte bei Punkt 6 fortsetzen.**

- nein ⇒ Wurden die Versicherungszeiten des / der Verstorbenen bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?
- ja ⇒ Ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung.**
- nein ⇒ Führen Sie bitte alle Zeiten
- einer Erwerbstätigkeit
  - des Bezuges eines Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
  - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

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

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



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



**5.3 ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

- Hat der / die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- War der / die Verstorbene im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

- Hatte der / die Verstorbene seinen / ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

- Hat der / die Verstorbene Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

- Wurde die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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

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

**Hinweis bei männlichen Verstorbenen:**

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

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

- Hat die Verstorbene anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung erhalten?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen





**6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER / ZUR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / ZUM HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER**

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

ja => Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe / eingetragene Partnerschaft 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 wieder verehelicht habe bzw. keine neue Partnerschaft habe eintragen lassen.

.....  
Unterschrift der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / des hinterbliebenen eingetragenen Partners

nein => Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden / die eingetragene Partnerschaft aufgelöst bzw. für nichtig erklärt? (Bitte Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / der gerichtlichen Auflösungsentscheidung beilegen.)

..... Datum ..... zuständiges Gericht, Geschäftszahl

- Bestand im Zeitpunkt des Todes Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin auf Grund eines gerichtlichen Urteils oder Vergleiches bzw. einer vor Auflösung der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Vereinbarung ein Unterhaltsanspruch oder wurde ein Unterhalt geleistet?

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

- Enthält das Scheidungsurteil / die gerichtliche Auflösungsentscheidung den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz / § 18 Abs. 3 Eingetragene Partnerschaft-Gesetz?  ja  nein

- Haben Sie sich nach der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft mit dem / der Verstorbenen neuerlich verehelicht / in einer neuen Partnerschaft eintragen lassen?  ja  nein

- Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe / eingetragenen Partnerschaft einen Anspruch auf Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

**6.1 EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS**  
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung?  ja  nein

Wenn ja, .....  
Name und Anschrift des Dienstgebers

Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR .....

- 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: .....

Genauere Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:  
.....

nein, beendet seit .....



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

---

- Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?  ja  nein  
 Wenn ja, wo? ..... von - bis? .....  
 selbst bewirtschaftet  verpachtet  übergeben  gepachtet oder zugepachtet

**6.2 SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS**  
 (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

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

**6.3 BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WITWE / DEN WITWER / DIE HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN / DEN HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER**

- Beantragen Sie Pflegegeld, da Sie ständig der Betreuung und Pflege bedürfen?  ja  nein
- Beziehen Sie bereits Pflegegeld?  ja  nein  
 Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes?  ja  nein
- Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?  
 ja .....  nein  
 Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen



**7. ANGABEN ZUR WAISE / ZU DEN WAISEN**

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

**7.1 EINKOMMEN**

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

nein

ja .....

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

**7.2 BUNDESPFLEGEgeld**

Beantragen Sie Pflegegeld, da eine (mehrere) Waise(n) ständig der Betreuung und Pflege bedarf (bedürfen)?

nein

ja .....

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

Bezieht (Beziehen) eine (mehrere) Waise(n) bereits Pflegegeld?

nein

ja .....

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

Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes?

nein

ja .....

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

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

nein

ja .....

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

ja .....

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

ja .....

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



## 8. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG

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

ja

nein ⇒ Bitte nachstehende Erklärung unterfertigen:

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Witwen-, Witwer- und Waisenpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin, Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

## 9. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht für

die Witwe / den Witwer,  
die hinterbliebene eingetragene Partnerin /  
den hinterbliebenen eingetragenen Partner

die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – erst nach Einsendung des vom Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) ausgefertigten „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ möglich.

wird nicht gewünscht für

die Witwe / den Witwer,  
die hinterbliebene eingetragene Partnerin /  
den hinterbliebenen eingetragenen Partner

die Waise(n)

**Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

## 10. ERKLÄRUNG

- Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.
- Ich habe die beiliegenden Meldepflichten als Bestandteil dieses Antrages gelesen und verstanden.
- Ich weiß, dass **unvollständige** und **falsche Angaben** sowie eine **Verletzung der Meldepflichten rechtliche Folgen** haben können.
- Ich weiß, dass ich Leistungen zurückzahlen muss, die wegen unrichtiger oder unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht werden.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....  
Ort / Datum

.....  
Siegel und Unterschrift





## MELDEPFLICHTEN

### Was ist die Meldepflicht?

Wenn Sie einen **Antrag** auf eine Leistung **stellen** oder eine **Leistung beziehen**, sind Sie gesetzlich verpflichtet, uns jede Änderung innerhalb der Meldefrist zu melden.

Die Meldepflicht gilt bereits ab dem Tag, an dem Sie einen Antrag auf eine Leistung stellen.

Die Meldepflicht gilt auch für Ihre gesetzliche und gerichtliche Vertretung.

### Welche Änderungen sind zu melden?

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen Überblick, welche Änderungen Sie uns rasch und ohne Aufforderung melden müssen.

Das sind Änderungen, die Ihre Bezugsberechtigung oder die Höhe der Leistung betreffen.

Bei Bezug von

- Ausgleichszulage
- Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus
- Kinderzuschuss
- Übergangsgeld
- Angehörigenbonus

müssen Sie uns auch alle Änderungen melden, die Ihre **Angehörigen** betreffen.

### Folgen bei Verletzung der Meldepflicht:

Haben Sie Leistungen

- aufgrund bewusst falscher Angaben,
- durch bewusstes Verschweigen wesentlicher Tatsachen oder
- durch Verletzung der Meldepflicht

zu Unrecht bezogen, müssen Sie diese Leistungen zurückzahlen.

Sie müssen auch Leistungen zurückzahlen, von denen Sie erkennen mussten, dass sie Ihnen nicht zustehen oder nicht in dieser Höhe zustehen (z.B. eine erkennbar zu hohe Auszahlung).

**Unvollständige** und **falsche Angaben** sowie die **Verletzung der Meldepflicht** können rechtliche Folgen haben.

### SIE MÜSSEN IMMER MELDEN:

#### Meldefrist: 2 Wochen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Änderung des Namens   | <input type="checkbox"/> Änderungen beim inländischen oder ausländischen Krankenversicherungsschutz  |
| <input type="checkbox"/> Änderung des Wohnsitzes   | <input type="checkbox"/> Verbüßung einer Freiheitsstrafe, einer Untersuchungshaft oder die Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum, in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher oder gefährliche Rückfallstäter |
| <input type="checkbox"/> Änderung des Personenstandes (z.B. Heirat, eingetragene Partnerschaft, Scheidung)                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Geburt eines Kindes   |  |
| <input type="checkbox"/> Antragstellung / Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall jeder weiteren inländischen oder ausländischen Pension oder Rente |  |

#### Meldefrist: 7 Tage

#### Beginn / Unterbrechung / Ende von TÄTIGKEITEN und Anfall / Höhe / Änderung von EINKÜNFTE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unselbständige oder selbständige Tätigkeit  | <input type="checkbox"/> Beteiligung als stille*r Gesellschafter*in  |
| <input type="checkbox"/> Gewerbeberechtigung   | <input type="checkbox"/> Land- / Forstwirtschaft   |
| <input type="checkbox"/> Berufsbefugnis  | <input type="checkbox"/> öffentliches Mandat / politische Funktion (z.B. als Bürgermeister*in, Gemeinderat*Gemeinderätin, Funktionär*in der Wirtschaftskammer) |
| <input type="checkbox"/> Beteiligung an<br>→ Personengesellschaften (OG, KG)<br>→ Gesellschaften nach bürgerlichem Recht | <input type="checkbox"/> Krankengeldanspruch   |
| <input type="checkbox"/> Beteiligung als GmbH-Geschäftsführer*in am Stammkapital   | <input type="checkbox"/> Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung)   |
| <input type="checkbox"/> Bestellung als GmbH-Gesellschafter*in zum*r Geschäftsführer*in oder Prokurist*in                | <input type="checkbox"/> Kündigungsentschädigung   |



**SIE MÜSSEN ZUSÄTZLICH MELDEN, WENN SIE FOLGENDE LEISTUNGEN BEANTRAGEN ODER BEZIEHEN:**

**Ausgleichszulage, Ausgleichszulagenbonus / Pensionsbonus - *Meldefrist: 2 Wochen***  
**Sie müssen auch alle Informationen für Ihre Angehörigen melden!**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Änderung in den Familienverhältnissen</li> <li><input type="checkbox"/> Änderung in den Wohnverhältnissen</li> <li><input type="checkbox"/> Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit dem*r Ehepartner*in oder eingetragenen Partner*in</li> <li><input type="checkbox"/> jede Änderung der Aufenthaltsberechtigung</li> <li><input type="checkbox"/> Verlegung des Aufenthaltes ins Ausland (auch vorübergehende Aufenthalte)</li> <li><input type="checkbox"/> jeden Auslandsaufenthalt, auch bevorstehende Auslandsreisen</li> <li><input type="checkbox"/> Tod des*r Ehepartners*in, des*r eingetragenen Partners*in, des Kindes</li> <li><input type="checkbox"/> Erhalt von Zinsen aus z.B. Sparguthaben, Wertpapieren</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall von           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ allen Einkünften</li> <li>→ Einkünften jener Personen, die Ihnen Unterhalt zahlen oder zahlen müssten</li> <li>→ einem Wohnrecht, freier Verpflegung und von Ansprüchen auf Ausgedinge, Fruchtgenuss und Naturalleistungen</li> <li>→ Einkünften aus der Insolvenz-Entgeltsicherung (Kündigungsentschädigung, Ausfallgeld)</li> <li>→ Einheitswerten der land- und forstwirtschaftlichen Flächen</li> <li>→ sonstigen Einkünften aus Vermietung, Verpachtung oder Überlassung von Wohnungen, Wirtschaftsgebäuden, Häusern oder von Grundstücken</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

**Pflegegeld - *Meldefrist: 4 Wochen***

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aufenthalte in einer Krankenanstalt, einer Kuranstalt oder einem Rehabilitationszentrum auf Kosten eines inländischen oder ausländischen Sozialhilfeträgers, des Bundes oder einer Krankenfürsorgeanstalt</li> <li><input type="checkbox"/> jede Änderung der Aufenthaltsberechtigung</li> <li><input type="checkbox"/> Verlegung des Aufenthaltes ins Ausland (auch vorübergehende Aufenthalte)</li> <li><input type="checkbox"/> jeden Auslandsaufenthalt, auch bevorstehende Auslandsreisen</li> <li><input type="checkbox"/> Aufnahme in ein Pflegeheim</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes</li> <li><input type="checkbox"/> Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall einer           <ul style="list-style-type: none"> <li>→ dem Pflegegeld ähnlichen inländischen oder ausländischen Leistung (z.B. Pflegezulage, Blindenzulage, ausländische Geldleistung oder Pflegesachleistung)</li> <li>→ inländischen oder ausländischen Pension, Rente, eines Ruhegenusses oder Versorgungsgenusses</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

**Witwenpension\*Witwerpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partner\*innen - *Meldefrist: 2 Wochen***

- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall
  - einer Geldleistung aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z.B. Unfallrente)
  - einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung
  - einer Beihilfe aus der Arbeitsmarktförderung
  - eines inländischen oder ausländischen Ruhegenusses oder Versorgungsgenusses oder einer ähnlichen Leistung aufgrund einer vertraglichen Pensionszusage eines\*r Dienstgebers\*in

**Waisenpension oder Kinderzuschuss - *Meldefrist: 2 Wochen***

- Änderung des Personenstandes des Kindes (z.B. Heirat, eingetragene Partnerschaft, Scheidung)
- Tod des Kindes
- bei Weiterzahlung über das 18. Lebensjahr:
  - Anfall / Wegfall eines Anspruches auf (erhöhte) Familienbeihilfe
  - Ende oder Unterbrechung der Schulausbildung, Berufsausbildung oder des Studiums
  - Ableistung des Präsenzdienstes oder Zivildienstes
  - Aufnahme und Wegfall einer Erwerbstätigkeit
  - Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung oder einer Beihilfe aus der Arbeitsmarktförderung
  - Ende einer freiwilligen Tätigkeit
  - Wegfall der Erwerbsunfähigkeit



**Heimopferrente - Meldefrist: 4 Wochen**

- Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall eines Ersatzes an Verdienstentgang und der einkommensabhängigen Zusatzleistung nach dem Verbrechensofergesetz

**Angehörigenbonus - Meldefrist: 4 Wochen**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall des Einkommens des*r pflegenden Angehörigen</li> <li><input type="checkbox"/> Beginn / Ende einer Selbst- oder Weiterversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger</li> <li><input type="checkbox"/> Ende der Pflege in häuslicher Umgebung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aufnahme der zu pflegenden Person in ein Pflegeheim</li> <li><input type="checkbox"/> Verminderung der Pflegegeldstufe oder Entziehung des Pflegegeldes der zu pflegenden Person</li> <li><input type="checkbox"/> Tod der zu pflegenden Person</li> </ul> |
|--|--|

**Übergangsgeld - Meldefrist: 2 Wochen**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Änderung in den Familienverhältnissen</li> <li><input type="checkbox"/> Änderung in den Wohnverhältnissen</li> <li><input type="checkbox"/> Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit Angehörigen, die bei der Höhe des Übergangsgeldes berücksichtigt wurden</li> <li><input type="checkbox"/> Antrag / Anfall / Höhe / Änderung / Wegfall einer wiederkehrenden Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) und einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> jeden Umstand, der den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen beeinträchtigen kann (z.B. Nichtmitwirkung an aufgetragenen Rehabilitationsmaßnahmen)</li> <li><input type="checkbox"/> bei Vorliegen von Kindern über dem 18. Lebensjahr <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Unterbrechung / Ende der Schul- oder Berufsausbildung</li> <li>→ Aufnahme einer Tätigkeit</li> <li>→ jede Änderung des Einkommens</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|



## UNSERE ADRESSEN

Sie können uns erreichen:

- telefonisch unter der Telefonnummer +43 (0)5 03 03
- per Post
- per Mail
- per Telefax
- persönlich nach telefonischer Terminvereinbarung

### Landesstelle Wien

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien  
 E-Mail: pva-lsw@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-28 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-27 170  
 Kundenzone: Ghegastraße 1, 1030 Wien

### Landesstelle Niederösterreich

Kremser Landstraße 5, 3100 St. Pölten  
 E-Mail: pva-lsn@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-32 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-32 170

### Landesstelle Burgenland

Ödenburger Straße 8, 7000 Eisenstadt  
 E-Mail: pva-lsb@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-33 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-33 170

### Landesstelle Oberösterreich

Terminal Tower, Bahnhofplatz 8, 4020 Linz  
 E-Mail: pva-lso@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-36 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-36 170

### Landesstelle Steiermark

Eggenberger Straße 3, 8020 Graz  
 E-Mail: pva-lsg@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-34 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-34 170

### Landesstelle Kärnten

Südbahngürtel 10, 9020 Klagenfurt am Wörthersee  
 E-Mail: pva-lsk@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-35 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-35 170

### Landesstelle Salzburg

Schallmooser Hauptstraße 11, 5020 Salzburg  
 E-Mail: pva-lss@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-37 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-37 170

### Landesstelle Tirol

Ing.-Etzel-Straße 13, 6020 Innsbruck  
 E-Mail: pva-lst@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-38 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-38 170

### Landesstelle Vorarlberg

Zollgasse 6, 6850 Dornbirn  
 E-Mail: pva-lsv@pv.at  
 Fax: +43 (0)5 03 03-39 850  
 Terminvereinbarung: +43 (0)5 03 03-39 170

Die **Meldepflichten** in anderen Sprachen und weitere **ausführliche Informationen** zu unterschiedlichen Themenbereichen (z.B. Pensionszahlungsbeleg, Angehörigenbonus) finden Sie in den Broschüren und Infoblättern auf unserer Website unter **www.pv.at**.

QR-Code zu den Meldepflichten in anderen Sprachen:







Versicherungsnummer

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen ☒

<b>Antragstellende (verstorbene) Person</b>		VSNR / Geburtsdatum	
Familienname		Titel	
Vorname		Geschlecht	

Zur Feststellung, ob Kindererziehungszeiten vorliegen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen sowie die beiliegende Erklärung aus und schicken diese unterschrieben zurück!

Kindererziehungszeiten erhält jener Elternteil, der das Kind / die Kinder **tatsächlich und überwiegend** erzogen hat. Wechseln sich die Eltern bei der überwiegenden Erziehung ab, wird dies bei der Anrechnung berücksichtigt. Kindererziehungszeiten werden auch angerechnet, wenn die Eltern während der Erziehung gearbeitet haben.

Als Kinder gelten	Erforderliche Dokumente (Kopien)	Nachweis	
		liegt bei	wird nachgereicht
eheliche Kinder	Geburtsurkunde bei Geburt im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uneheliche Kinder	Vaterschaftsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefkinder	Heiratsurkunde oder Partnerschaftsurkunde mit dem leiblichen Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahl-(Adoptiv-)kinder	Adoptionsvertrag oder Adoptionsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekinder	Nur wenn die Übernahme in die unbezahlte Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Pflegschaftsvertrag oder Gerichtsbeschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte Zutreffendes ankreuzen

## ERKLÄRUNG ZUR KINDERERZIEHUNG

Versicherungsnummer

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass

ich bzw.  die verstorbene Person nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe (hat).



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familienname				
Vorname				
Versicherungsnummer / Geburtsdatum				
Ort der Geburt				
ehelich, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
Pflegekind?	<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 .....	seit .....
Bezogen Sie ein Entgelt aufgrund der Pflege dieses Kindes? (zB freier Dienstvertrag, Dienstverhältnis) Hinweis: Pflegekindergeld / Pflegeeltern geld ist kein Entgelt.	<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
vom .....	vom .....	vom .....	vom .....	vom .....
bis .....	bis .....	bis .....	bis .....	bis .....
Wurden für Sie aufgrund der Pflege dieses Kindes Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung teilweise oder zur Gänze übernommen? (zB durch ein Bundesland)	<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
<b>Erziehung in Österreich</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit	<input type="checkbox"/> nein, nur in der Zeit
	vom .....	vom .....	vom .....	vom .....
	bis .....	bis .....	bis .....	bis .....
	vom .....	vom .....	vom .....	vom .....
	bis .....	bis .....	bis .....	bis .....

Bitte Zutreffendes ankreuzen

## ERKLÄRUNG ZUR KINDERERZIEHUNG

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
<b>Erziehung außerhalb Österreichs</b> in den ersten 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) Lebensjahren tatsächlich und überwiegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom ..... bis ..... Staat ..... vom ..... bis ..... Staat .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom ..... bis ..... Staat ..... vom ..... bis ..... Staat .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom ..... bis ..... Staat ..... vom ..... bis ..... Staat .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom ..... bis ..... Staat ..... vom ..... bis ..... Staat .....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	<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 bereits bei einer anderen Person beantragt bzw. berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR): ..... .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR): ..... .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR): ..... .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Person (VSNR): ..... .....
Daten des anderen Elternteiles:  Familienname  Vorname  VSNR	.....  .....  .....	.....  .....  .....	.....  .....  .....	.....  .....  .....
Bezog der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe, Wochengeld oder Betriebshilfe (für selbständige Personen)?	<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 4 bzw. 5 (bei Mehrlingsgeburten) 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

Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.

Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.

Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen.

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift der antragstellenden Person</b>	<b>Unterschrift des zweiten Elternteiles</b>
--------------	---	--





## Informationsblatt für Antragsteller / Antragstellerinnen (Witwen- / Witwer- / Waisenpensionen / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner)

**Füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus. Jede Unvollständigkeit Ihrer Angaben kann zu Erhebungen und Rückfragen führen und verzögert somit das Pensionsfeststellungsverfahren.**

Alle Dokumente sind im Original, Fotokopie oder beglaubigter Abschrift beizubringen.  
Die Vorlage ist **nicht erforderlich**, wenn die Dokumente **bereits** in einem früheren Verfahren **vorgelegt** wurden.

**! Gemäß § 110 ASVG werden sämtliche Dokumente, Vollmachten u. dgl. für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden g e b ü h r e n f r e i ausgestellt. !**

### PERSONALDATEN DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

#### **Erforderliche Dokumente:**

- Sterbeurkunde oder Todesbestätigung sofern der Tod nicht in Österreich eingetreten ist

**Zusätzlich** wenn der / die Verstorbene noch keine Pension bezogen hat:

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Staatsbürgerschaftsnachweis

### PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS

#### **Erforderliche Dokumente:**

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Staatsbürgerschaftsnachweis

#### **Bei aufrechter Ehe:**

- Heiratsurkunde
- wahrheitsgemäße Erklärung (Punkt 6 des Antrages)

#### **Bei aufrechter eingetragener Partnerschaft:**

- Urkunde über die eingetragene Partnerschaft bzw. amtlich beglaubigter Auszug aus dem Partnerschaftsbuch
- wahrheitsgemäße Erklärung (Punkt 6 des Antrages)

#### **Bei geschiedener Ehe:**

- Scheidungsurteil
- Nachweis über den Unterhaltsanspruch bzw. die Unterhaltszahlungen (Vergleichsausfertigung, Zahlungsbelege)

#### **Bei aufgelöster Partnerschaft:**

- gerichtliche Auflösungsentscheidung
- Nachweis über den Unterhaltsanspruch bzw. die Unterhaltszahlungen (Vergleichsausfertigung, Zahlungsbelege)

## PERSONALDATEN DER WAISE(N)

Waisenpension gebührt grundsätzlich **bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** des Kindes.

Als Kinder gelten:

**Erforderliche Dokumente:**

**eheliche Kinder**

➤ Geburtsurkunde

**Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:**

**uneheliche Kinder**

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

**Wahl-(Adoptiv)kinder**

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

**Stiefkinder**

➤ Nachweis über die Eheschließung / Urkunde über die eingetragene Partnerschaft des / der Verstorbenen mit dem leiblichen Elternteil des Stiefkindes sowie eine Bestätigung über die Hausgemeinschaft

**Zusätzlich für Vollwaisen:** ➤ Sterbeurkunde des anderen Elternteils / Adoptivelternteils

**Über das 18. Lebensjahr** hinaus gebührt die Waisenpension, wenn und solange

a) eine Schul- oder Berufsausbildung die Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Bei Besuch einer der im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannten Einrichtungen (Universität, Hochschule, Akademie etc.) muss ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des Familienlastenausgleichsgesetzes betrieben werden.

b) eine Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz ausgeübt wird, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

c) seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des unter a) bzw. b) genannten Zeitraumes infolge Krankheit oder Gebrechens Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

**Erforderliche Nachweise:**

zu a) ➤ Schulbesuchsbestätigung, Zulassungs- oder Studienbestätigung, Lehrvertrag etc.

zu b) ➤ Bestätigung über die Dauer der Tätigkeit.

zu c) ➤ vorhandene Nachweise (Befunde) über die Krankheit oder das Gebrechen.

## EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS

Eine selbstständige Erwerbstätigkeit in Form einer Personengemeinschaft oder als Einzelperson kann grundsätzlich auch ohne Bestehen einer Pflichtversicherung vorliegen. Ob im Einzelfall lediglich eine Kapitalbeteiligung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit vorliegt, richtet sich nicht nach der Gesellschaftsform, sondern nach der tatsächlichen Beteiligung am Unternehmen.

Selbstständig erwerbstätig sind **beispielsweise:**

- **Gewerbetreibende und Gesellschafter / Gesellschafterinnen:**

Inhaber / Inhaberinnen von Gewerbeberechtigungen, Gesellschafter / Gesellschafterinnen einer OHG / OEG, persönlich haftende(r) Gesellschafter / Gesellschafterinnen (Komplementär) einer KG / KEG, geschäftsführende(r) Gesellschafter / Gesellschafterin einer GmbH

- **In der Land- und Forstwirtschaft selbstständig Erwerbstätige:**

Personen, die einen land-(forst)wirtschaftlichen Betrieb (Flächen, Grundstücke und / oder Wirtschaftsgebäude) auf ihre Rechnung und Gefahr führen oder auf deren Rechnung und Gefahr ein solcher Betrieb geführt wird.

- **Auf Basis eines Werkvertrages selbstständig Erwerbstätige:**

Personen, die gegen ein Fixhonorar mit der Erstellung eines Werkes (Erbringung einer bestimmten Leistung) vertraglich verpflichtet werden. Die Erbringung dieser Leistung erfolgt weisungsfrei und auf eigene Verantwortung. Der Auftrag kann an andere Personen weitergegeben werden.

• **Freiberuflich selbstständig Erwerbstätige:**

Wirtschaftstreuhänder / Wirtschaftstreuhänderin, Tierarzt / Tierärztin, Rechtsanwalt / Rechtsanwältin, Arzt / Ärztin, Apotheker / Apothekerin, Patentanwalt / Patentanwältin, Journalist / Journalistin, bildender Künstler / bildende Künstlerin, Psychotherapeut / Psychotherapeutin, Physiotherapeut / Physiotherapeutin

• **Funktion:**

Aufsichtsratsmitglieder

• **Sonstige selbstständige Erwerbstätige:**

Zimmervermieter / Zimmervermieterin, Hausverwalter / Hausverwalterin

**Erforderliche Nachweise:**

- Gesellschaftsverträge, Werkverträge, Auszug aus dem Firmenbuch
- Einheitswertbescheid, Kauf-, Übergabe- und Pachtverträge

**VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN**

Bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbstständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), der Anstalts-(Heilstätten)pflge, des Urlaubes gegen Entfall des Arbeitsentgeltes aus Anlass der Mutterschaft (Karenzurlaub), des Bezuges von Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld oder Übergangsgeld **ab Vollendung des 14. Lebensjahres** in der richtigen zeitlichen Reihenfolge **lückenlos** anführen.

Der Beruf ist nicht allgemein mit „Arbeiter / Arbeiterin“ oder „Angestellter / Angestellte“ anzugeben, sondern genauer zu bezeichnen,

zB Schlosser / Schlosserin, Bauhilfsarbeiter / Bauhilfsarbeiterin, Mithilfe in der elterlichen Landwirtschaft / im elterlichen Gewerbebetrieb, Techn. Zeichner / Zeichnerin, Buchhalter / Buchhalterin, Verkäufer / Verkäuferin, Diplomkrankenpfleger / Diplomkrankenpflegerin.

Sollten Sie keine Nachweise für die von Ihnen angeführten Beschäftigungszeiten besitzen, ersuchen wir, **keinesfalls von sich aus** beim jeweiligen Krankenversicherungsträger oder beim Dachverband der Sozialversicherungsträger diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen über Beschäftigungszeiten werden **ausnahmslos** vom zuständigen Pensionsversicherungsträger durchgeführt.

<i>Beispiel:</i>			
1.6.1968	30.9.1969	Mithilfe im elterl. Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1
1.10.1969	30.6.1970	Präsenzdienst	
1.7.1970	31.12.1973	Stahlbauschlosserlehrling	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.1.1974	31.7.1996	Stahlbauschlosser	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.8.1996	laufend	Werkmeister	Fa. KMB Metallbau, Wien 21, Schererstr. 16

**Erforderliche Nachweise:**

- Schulzeit                    ➤ Schulzeugnisse ab dem 15. Lebensjahr
- Studium                    ➤ Studienbücher, Promotionsurkunde
- Lehrzeit                    ➤ Lehrvertrag, Lehrzeugnis, Gesellenbrief etc.
- Zivildienst                ➤ Nachweis über Zivildienst

**EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES / DER VERSTORBENEN UND DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS**  
(Fragebogen zur Feststellung der Witwenpension / der Witwerpension / der Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / der Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner)

Für die Ermittlung der Höhe der Witwenpension / der Witwerpension / der Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / der Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner ist eine Berechnungsgrundlage zu bilden. Dabei ist jeweils das Einkommen der / des Verstorbenen und der / des überlebenden Ehegattin / Ehegatten / eingetragenen Partnerin / eingetragenen Partners in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes, geteilt durch 24, heranzuziehen.

zB Todestag am 15.4.2013

➤ daher ist der maßgebliche Zeitraum vom 1.1.2011 bis 31.12.2012.

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

Als Einkommen gilt bzw. gelten:

- bei einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit das aus dieser Tätigkeit gebührende Bruttoentgelt inklusive Sonderzahlungen
- bei einer selbstständigen Erwerbstätigkeit die Summe aller Einnahmen aus dieser Tätigkeit nach Abzug der zur Erzielung notwendigen Ausgaben. Hinsichtlich der Ermittlung des Einkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb sind 70% des Versicherungswertes maßgebend.

Für die Ermittlung der Berechnungsgrundlage sind auch die im Ausland erzielten Einkünfte aus einer selbstständigen und unselbstständigen Erwerbstätigkeit heranzuziehen.

- wiederkehrende Geldleistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung und aus der Arbeitslosenversicherung sowie den Bestimmungen über die Arbeitsmarktförderung und die Sonderunterstützung (zB Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld, Tag- oder Familiengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Umschulungsgeld, Weiterbildungsgeld, Sonderunterstützung, Übergangsgeld, Pensions- / Rentenansprüche von einem Pensions- / Unfallversicherungsträger oder ausländischen Versicherungsträger)
- wiederkehrende Geldleistungen auf Grund gleichwertiger landesgesetzlicher oder bundesgesetzlicher Regelungen der Unfallfürsorge (zB Landesbeamte)
- wiederkehrende Geldleistungen aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis (zB Ruhe- / Versorgungsgenuss, Übergangs- und Unterhaltsbeträge, Pensionen auf Grund von Pensionsordnungen für ehemalige Dienstnehmer von öffentlich-rechtlichen Körperschaften)
- außerordentliche Versorgungsbezüge, Administrativpensionen, Überbrückungszahlungen auf Grund von Sozialplänen, die einer Administrativpension entsprechen
- Pensionen auf Grund ausländischer Versicherungs- oder Versorgungssysteme, soweit es sich nicht um Hinterbliebenenleistungen aus dem gleichen Versicherungsfall handelt.

**Erforderliche Nachweise:**

- |   |  |
|---|--|
| Unselbstständige Erwerbstätigkeit   | ➤ Lohn / Gehaltsbestätigung, Lohnzettel  |
| Selbstständige Erwerbstätigkeit   | ➤ Einkommensteuerbescheid, Einkommensteuererklärung  |
| Land(Forst)wirtschaftlicher Betrieb   | ➤ Einheitswertbescheid, Verträge   |
| Geldleistungen aus der Sozialversicherung bzw. gleichwertiger landes- / bundesgesetzlicher Regelungen | ➤ Bestätigung über die Höhe des Bezuges von Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld, Tag- oder Familiengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Umschulungsgeld, Weiterbildungsgeld, Pensions- / Rentenauszahlungsbeleg etc. |

- Geldleistungen aus einem Beamtenverhältnis ➤ Bestätigung über die Höhe des Ruhe- bzw. Versorgungsgenusses etc.
- Pensionen auf Grund ausländischer Versicherungs- oder Versorgungssysteme ➤ Bestätigung des ausländischen Versicherungsträgers

Sollten Sie keine Nachweise für die von Ihnen angeführten Einkünfte besitzen, ersuchen wir, **keinesfalls von sich aus** bei den jeweiligen Stellen (Dienstgeber, Krankenversicherungsträger, ausländischer Versicherungsträger etc.) diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen werden **ausnahmslos** von der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt.

## BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WITWE / DEN WITWER / DIE HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN / DEN HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER

Pflegebedürftige Personen haben Anspruch auf Pflegegeld, sofern sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.

Pflegegeld gebührt auch bei gewöhnlichem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz (Gleichstellung mit Inlandsaufenthalt), sofern bestimmte Voraussetzungen gegeben sind.

Das Ausmaß des Pflegegeldes richtet sich nach dem erforderlichen Pflegebedarf, der auf Grund ärztlicher Gutachten festgestellt wird.

## DATENSCHUTZ

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgen nur, soweit dies zur Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben für uns selbst oder für eine uns um Verwaltungshilfe ersuchende Stelle (Sozialversicherungsträger, Gericht, Verwaltungsbehörde) eine wesentliche Voraussetzung bildet.

## KRANKENVERSICHERUNG

Nur **für Personen, die nicht** bereits in einer gesetzlichen Krankenversicherung **krankenversichert sind!**

Ist die Zuerkennung der Pension wahrscheinlich, wird Ihnen von uns automatisch eine Bescheinigung über die vorläufige Krankenversicherung zugesandt, die zur Bestätigung des Versicherungsschutzes dem zuständigen Krankenversicherungsträger vorzulegen ist.

Bei Inanspruchnahme einer Leistung aus der Krankenversicherung (zB Arztbesuch) ist die e-card vorzuweisen.

Sollten Sie Leistungen aus der Krankenversicherung benötigen und noch keine Bescheinigung erhalten haben, bitten wir Sie umgehend mit uns Kontakt aufzunehmen.

## LOHNSTEUER

Die Pensionen aus der Pensionsversicherung sind lohnsteuerpflichtig.

Wenn Sie Anspruch auf den Alleinverdiener- oder Alleinerzieherabsetzbetrag, den erhöhten Pensionistenabsetzbetrag oder den Familienbonus Plus haben, senden Sie uns bitte das ausgefüllte und unterfertigte Formular E 30 ein. Das Formular erhalten Sie jedenfalls beim Finanzamt.

Wenn Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert ist, wenn Sie erhöhte Ausgaben wegen einer Diätverpflegung haben oder wenn Sie Inhaber einer Amtsbescheinigung (Behindertenpass) oder eines Opferausweises sind, so bitten wir Sie, uns die entsprechende amtliche Bescheinigung einzusenden. Wir berücksichtigen dann den gebührenden Freibetrag bei Ihrer Pension.

**Bitte beachten Sie:** Die Bescheinigung darf nur einer bezugsauszahlenden Stelle vorgelegt werden!



## ANTRAGSTELLUNG

Das Antragsformblatt kann bei allen Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt oder bei einem unserer Sprechtag, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (zB Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (zB Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

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.

Bezüglich der Antragsfristen beachten Sie bitte die Ausführungen zum „ANTRAG bzw. PENSIONSBEGINN“ in den Informationsbroschüren „Witwen(Witwer)“- bzw. „Waisenpension“ und „Pensionsantragsteller/innen“.

Sie können den Antrag

- online oder per E-Mail **digital signiert**,
- per E-Mail (**ohne** digitale Signatur) oder
- per Telefax

einbringen.

Wenn Sie den Antrag per E-Mail oder Telefax übersenden, muss das Antragsformular unterschrieben sein. Es dürfen unsererseits keine Zweifel an der Echtheit der Unterschrift bzw. der Identität des Antragstellers bestehen.

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag an die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle der Pensionsversicherungsanstalt.

Die Adressen, Telefonnummern und E-Mail-Adressen entnehmen Sie bitte den beiliegenden Meldepflichten, Abschnitt „UNSERE ADRESSEN“.