

Bitte unbedingt ausfüllen									
Versicherungsnummer der antragstellenden Person						Geburtsdatum			

Eingelangt am:

Antrag auf

Weiter(Selbst)versicherung in der Pensionsversicherung

1. PERSONALDATEN DER ANTRAGSTELLENDEN PERSON (in Blockschrift)

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: 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: ☐ ledig ☐ 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):



Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung
betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden
Sie auf unserer Website unter www.pv.at/Datenschutz.

- 4.4 Beziehen Sie eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder haben Sie eine solche Leistung beantragt?

☐ ja

☐ nein

Zuständiges Arbeitsmarktservice:

- 4.5 Beziehen Sie Krankengeld?

☐ ja

☐ nein

- 4.6 Beziehen Sie eine monatliche Leistung nach dem Sozialhilfegesetz?

☐ ja

☐ nein

auszahlende Stelle: Aktenzeichen:

- 4.7 Haben Sie sonstige Einkünfte?

☐ ja

☐ nein

Art der Einkünfte (zB aus geringfügiger Beschäftigung, Vermietung, Verpachtung etc.)

.....

- 4.8 Haben Sie einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Leistung aus eigener Versicherung in einer gesetzlichen Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche Leistung beantragt?

☐ ja
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ nein

- 4.9 Beziehen Sie einen Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss?

☐ ja

☐ nein

auszahlende Stelle:

- 4.10 Beziehen Sie eine Geldleistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung?

☐ ja

☐ nein

- 4.11 Sind bzw. waren Sie in Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit?

☐ ja ☐ Pflegekarenz von bis

☐ Pflegeteilzeit von bis

Beziehen oder bezogen Sie Pflegekarenzgeld?

☐ ja

☐ nein

☐ nein

5. ANTRAG AUF HERABSETZUNG DER BEITRAGSGRUNDLAGE

Ich beantrage die Herabsetzung der Beitragsgrundlage

☐ ja

☐ nein

auf monatlich EUR

Die Bewilligung der Herabsetzung der Beitragsgrundlage ist an gesetzliche Voraussetzungen gebunden und von den Einkommensverhältnissen (eigenen und des Ehepartners / der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin) abhängig.

Sie werden daher um Einsendung Ihrer Einkommensnachweise und Beantwortung folgender Fragen ersucht:

- 5.1 Bezieht Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin eigene Einkünfte / Pension?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, bitte Nachweise beilegen.



- 5.2 Sind Sie oder Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin einem oder mehreren Kindern gegenüber unterhaltspflichtig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Geburtsurkunde(n) vorlegen. Sollte sich Ihr Kind über das 18. Lebensjahr hinaus in Ausbildung befinden, ersuchen wir um diesbezügliche Nachweise (zB Schulbesuchsbestätigung etc.).

- 5.3 Sind Sie oder Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin anderen Personen gegenüber unterhaltspflichtig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe der Unterhaltszahlung und um Vorlage von Nachweisen für die Zahlungsverpflichtung (zB gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt).

- 5.4 Erhalten Sie Unterhalt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe des Unterhalts und um Vorlage von Nachweisen über den Unterhalt (zB gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt).

Ist der geschiedene Ehepartner / die geschiedene Ehepartnerin / der Partner bzw. die Partnerin nach aufgelöster eingetragener Partnerschaft Ihnen gegenüber **nicht** unterhaltspflichtig, bitten wir um Vorlage diesbezüglicher Nachweise (zB Scheidungsurteil, gerichtliche Auflösungsentscheidung, Vergleichsausfertigung oder Gerichtsbeschluss).

Sollten diese Nachweise nicht erbracht werden können, bitten wir, uns auch dies bekannt zu geben.

EINKOMMENSNACHWEISE

Bei selbständiger oder ähnlicher Tätigkeit den letzten Einkommenssteuerbescheid, bei unselbständiger Erwerbstätigkeit eine Gehalts- oder Lohnbestätigung über ein Monat, aufgegliedert nach Zulagen und Abzügen, bei Pensions- oder Rentenanspruch bzw. Ruhe- oder Versorgungsgenuss den Auszahlungsnachweis vorlegen bzw. Nachweise über sonstige Einkünfte.

Sollte keiner dieser Nachweise erbracht werden können, benötigen wir eine wahrheitsgemäße Erklärung über Ihr derzeitiges Einkommen bzw. das Ihres Ehepartners / Ihrer Ehepartnerin / Ihres eingetragenen Partners / Ihrer eingetragenen Partnerin.

Wir weisen darauf hin, dass eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage Auswirkungen auf Ihr Pensionskonto hat und zu einer niedrigeren Pensionsleistung führen kann!



6. ANGABEN ZUR BEGÜNSTIGTEN WEITER(SELBST)VERSICHERUNG FÜR PFLEGEPERSONEN

- 6.1 Pflegen Sie einen nahen Angehörigen / eine nahe Angehörige mit Anspruch auf Pflegegeld in der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, um einen nahen Angehörigen / eine nahe Angehörige zu pflegen?

☐ ja ☐ nein

Inwieweit wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflege beansprucht?

☐ gänzlich ☐ erheblich

Familienname und Vorname des zu pflegenden Angehörigen / der zu pflegenden Angehörigen:

.....

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

wohnhaft in:

Wenn die Pflege nicht unter der vorstehenden Adresse erfolgt, geben Sie bitte die Pflegeadresse an:

.....

Angehörigeneigenschaft:

(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Mutter, Bruder, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)

Hinweis: Die begünstigte Weiter(Selbst)versicherung ist nicht nur für die Pflege des eigenen Angehörigen / der eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten / einer Lebensgefährtin, sowie mit diesen verschwägerten Personen möglich.
(hierfür ist eine Meldebestätigung über die Hausgemeinschaft erforderlich)

- 6.2 Hat der nahe Angehörige / die nahe Angehörige Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bzw. Landespflegegeldgesetz?

☐ ja ☐ nein

seit in der Stufe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

auszahlende Stelle: Aktenzeichen:

Bitte Nachweise beilegen.

- 6.3 Seit wann pflegen Sie den nahen Angehörigen / die nahe Angehörige?

seit / /
Tag Monat Jahr

- 6.4 Erfolgt die Pflege des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen gemeinsam mit anderen Personen aus dem Kreis der nahen Angehörigen?

☐ ja, bei der Pflege unterstützt mich:

Familienname und Vorname:

Versicherungsnummer:

Angehörigeneigenschaft zum / zur zu pflegenden nahen Angehörigen:

(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Mutter, Bruder, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)

☐ nein, bei der Pflege unterstützt mich keine Person aus dem Kreis der nahen Angehörigen



- 6.5 Hat bereits eine andere Person aufgrund der Pflege des nahen Angehörigen / der nahen Angehörigen die begünstigte Selbst- oder Weiterversicherung für Pflegepersonen beantragt oder ist bereits begünstigt selbst- oder weiterversichert?

☐ ja,
Familienname, Vorname, Versicherungsnummer

☐ nein

- 6.6 Wurde zusätzlich zu der von Ihnen erbrachten Pflege eine Vereinbarung über eine 24-Stunden-Pflege getroffen?
(wenn ja, bitte Vertrag in Kopie übermitteln)

☐ ja

☐ nein

Wird ein öffentlicher Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege geleistet?

☐ ja, in der Höhe von

auszahlende Stelle:.....

Bitte Nachweise beilegen.

Sollten Sie neben der Pflegefachkraft selbst zusätzliche Pflegeleistungen erbringen, wird ersucht eine Aufstellung Ihrer Pflegeleistungen diesem Formblatt beizulegen. Diese Aufstellung soll den zeitlichen Ablauf pro Tag enthalten.

☐ nein

- 6.7 Befand sich der nahe Angehörige / die nahe Angehörige im letzten Jahr im Krankenhaus?

☐ ja, von bis

von bis

von bis

☐ nein

- 6.8 Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung

Wenn

- Ihrem Antrag auf begünstigte Weiterversicherung für Pflegepersonen gemäß § 77 Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) **statt gegeben** wird **und**
- der nahe Angehörige / die nahe Angehörige **Anspruch auf Pflegegeld ab der Stufe 4** hat,

erhalten Sie von uns zusätzlich zur begünstigten Weiterversicherung für Pflegepersonen – ohne weitere Antragstellung – den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 21g Bundespflegegeldgesetz (BPGG).

Für die Auszahlung des Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung weisen wir Sie auf folgende Besonderheiten hin:

Leistungsbezug mit Anweisung auf ein Konto:

Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die auf ein Konto angewiesen wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung auf dieses Konto.



Leistungsbezug mit Barzahlung:

Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die bar ausgezahlt wird, erhalten Sie auch den Angehörigenbonus bar ausgezahlt.

Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Leistung und den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns.

KEIN Leistungsbezug:

In diesen Fällen weisen wir den Angehörigenbonus bei Selbst- oder Weiterversicherung auf das bei Finanz-Online gespeicherte Konto an. (Bitte kontrollieren Sie das bei Finanz-Online gespeicherte Konto.)

Ist bei Finanz-Online kein Konto gespeichert, teilen Sie uns bitte mit, wie die Leistung ausgezahlt werden soll:

☐ Anweisung auf folgendes Konto:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN (Internationale Bank-Kontonummer):

BIC (Bank Identifikations Code):

☐ Barzahlung wird ausdrücklich beantragt

7. STEUERLICHE BERÜCKSICHTIGUNG

Sind Sie mit der elektronischen Übermittlung der Zahlungsbestätigung an das zuständige Finanzamt, zwecks Berücksichtigung im Rahmen der automatischen Arbeitnehmerveranlagung (AANV), einverstanden?

☐ ja

☐ nein

Sollten Sie nicht einverstanden sein, weisen wir darauf hin, dass seitens des Finanzamtes keine automatische Berücksichtigung Ihrer Zahlungen erfolgen kann.



8. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden die Versicherungszeiten 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 Kranken- / Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- der Kindererziehung
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- des Präsenz- / Zivil- oder Ausbildungsdienstes
- des Schulbesuches bzw. des Studiums

im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres an.

von	bis	a) beschäftigt als (Beruf) b) selbständig als c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Pensionsversicherungsanstalt das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:





Pensionsversicherungsanstalt

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien, Österreich



Creditor-ID: AT10ZZZ00000001599

Mandatsreferenz: wird nach Antragstellung vergeben

INFORMATION

Wir möchten Sie auf unser **Service des Einziehungsverfahrens mittels SEPA-Lastschrift** hinweisen.

Dieses ermöglicht Ihnen sich Mühe und Zeit zu ersparen, weil Sie von der termingerechten Einzahlung per Erlagschein ohne zusätzliche Kosten befreit sind. Zwecks Beratung stehen wir oder Ihr Geldinstitut gerne zur Verfügung.

Sollten Sie diese Zahlungsvariante in Anspruch nehmen wollen, ersuchen wir Sie, den nachstehenden Einziehungsauftrag (SEPA-Lastschrift) vollständig auszufüllen.

Die Einziehung erfolgt in weiterer Folge nicht vor dem 10. des jeweiligen Kalendermonats. Ab diesem Zeitpunkt ist Ihrerseits auf die Deckung des Kontos zu achten.

⇒ Übernimmt zB Ihr Ehepartner, Ihre Ehepartnerin, Ihr eingetragener Partner, Ihre eingetragene Partnerin oder eine andere Person die Kosten der Beitragszahlung, so ist in der Einzugsermächtigung das Bankkonto des Auftraggebers / der Auftraggeberin anzuführen. **In diesem Fall hat der Auftraggeber / die Auftraggeberin nach dem oben genannten Zeitrahmen für die Deckung des Kontos zu sorgen.**

Über Ihren Wunsch kann der Einziehungsauftrag jederzeit storniert werden.

Wir hoffen, mit dieser Serviceleistung einem vielfach geäußerten Wunsch nachzukommen und Ihnen damit Ihre Zahlungsmodalitäten zu erleichtern.



SEPA Lastschrift-Mandat

Creditor-ID: AT10ZZZ00000001599

Zahlungsempfänger: Pensionsversicherungsanstalt
1020 Wien, Friedrich-Hillegeist-Straße 1

Mandatsreferenz: wird nach Antragstellung vergeben

Name der versicherten Person:

.....

Abteilung: HVBA / VSNR:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Pensionsversicherungsanstalt, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers:

Adresse des Kontoinhabers:

Name der Bank:

IBAN: **BIC (SWIFT-Code):**

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

