



PENSIONSVERSICHERUNG

# ANTRAG

Eingangsstempel
-----------------

AUF

Zutreffendes bitte ankreuzen



- Auszahlung des Pflegegeldes
- Fortsetzung des Verfahrens
  - Gewährung des Pflegegeldes
  - Erhöhung des Pflegegeldes

## A. Personaldaten des (der) verstorbenen Versicherten

Vers.-Nr.	Geburtsdatum									

Familien- oder Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Todestag: \_\_\_\_\_

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

Ort

Bundesland

Land

## B. Angaben zum Antragsteller/zur Antragstellerin

Familien- oder Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Ort

Bundesland

Land

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

E-Mail



Gemäß den Bestimmungen des § 19 Bundespflegegeldgesetz (BPGG) sind zur Empfangnahme fälliger Beträge an Pflegegeld bzw. zur Fortsetzung des Verfahrens folgende Personen berechtigt:

- Die Person, die den (die) Pflegebedürftige(n) **überwiegend** und **ohne** angemessene **Bezahlung** selbst gepflegt hat oder
- die Person, die für die Pflege des (der) Pflegebedürftigen **überwiegend aufgekommen** ist.

Liegt ein Überwiegen nicht vor, besteht die Bezugsberechtigung zu gleichen Teilen

Damit wir Ihre Bezugsberechtigung feststellen können, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

**WAHRHEITSGEMÄSSE ERKLÄRUNG**  
**bezüglich Bezugsberechtigung und Fortsetzung des Verfahrens**  
**gemäß § 19 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG)**

1. Haben Sie den (die) Pflegebedürftige(n) in dem Zeitraum, für den die Geldleistung gebührt, **ÜBERWIEGEND** und **OHNE ANGEMESSENES ENTGELT** gepflegt?  ja  nein
2. Haben Sie für den (die) Pflegebedürftige(n) in dem Zeitraum, für den die fällige Geldleistung gebührt, **ÜBERWIEGEND** die Verpflegskosten gezahlt?  ja  nein

Liegt ein **ÜBERWIEGEN** im Sinne der Fragen 1 oder 2 NICHT vor, teilen Sie uns bitte Namen, Anschrift und Naheverhältnis der weiteren Person(en) mit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. In welchem Naheverhältnis standen Sie zu dem (der) Verstorbenen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ehegattin, Ehegatte             | <input type="checkbox"/> Tochter, Sohn                   |
| <input type="checkbox"/> eingetragene(r) Partner(in)     | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter, Schwiegersohn |
| <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin, Lebensgefährte | <input type="checkbox"/> Schwester, Bruder               |
| <input type="checkbox"/> andere Person _____             |  |

---

## C. Anweisung

---

Die Anweisung auf ein Konto

- wird gewünscht

Konto bei: \_\_\_\_\_ lautend auf: \_\_\_\_\_  
(Name des Geldinstitutes) (Name des Konoinhabers)

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

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

**Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und verpflichte mich, zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.**

Beilagen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum / Ort

\_\_\_\_\_ Unterschrift



Das Antragsformblatt kann auch bei allen Servicestellen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Krankenkassen) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) eingebracht werden.

## **Servicestellen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau**

### **Gesundheits- und Betreuungszentrum**

#### **WIEN**

Nordbahnstraße 51/8  
1020 Wien  
Tel.: 050 2350 - 36 500

### **Gesundheits- und Betreuungszentrum**

#### **LINZ**

Bahnhofplatz 3-6  
4020 Linz  
Tel.: 050 2350 - 36 900

### **Gesundheits- und Betreuungszentrum**

#### **SALZBURG**

Hauptbahnhof  
Südtirolerplatz 1, Stiege A  
5020 Salzburg  
Tel.: 050 2350 - 36 700

### **Gesundheits- und Betreuungszentrum**

#### **VILLACH**

Bahnhofplatz 1  
9500 Villach  
Tel.: 050 2350 - 36 600

### **Gesundheits- und Betreuungszentrum**

#### **INNSBRUCK**

Südtirolerplatz 3  
6020 Innsbruck  
Tel.: 050 2350 - 36 800

### **Gesundheits- und Betreuungszentrum**

#### **GRAZ**

Hauptbahnhof  
Europaplatz 5  
8020 Graz  
Tel.: 050 2350 - 36 400

### **Außenstelle EISENERZ**

Hammerplatz 1  
8790 Eisenerz  
Tel.: 050 2350 - 36 450

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

#### **Hauptstelle Wien:**

Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien

Tel.: 050 2350 - 33 302

Fax: 050 2350 - 73 200

#### **Geschäftsstelle Graz:**

Lessingstraße 20, 8010 Graz

Tel.: 050 2350 - 33 600

Fax: 050 2350 - 73 201