



Eingangsstempel

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## ANTRAG

### auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege

eines (einer) nahen Angehörigen ab .....

eines behinderten Kindes ab .....

#### 1. PERSONALDATEN DER PFLEGEPERSON

\_\_\_\_\_  
Familien- oder Nachname und Vorname (bitte auch alle früheren Namen angeben)

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Personenstand: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum behinderten Kind/zum (zur) nahen Angehörigen:  
\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Falls der Antrag von einem (einer) Bevollmächtigten eingebracht wird:

Familien- oder Nachname und Vorname des (der) Bevollmächtigten:  
\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### 2. PERSONALDATEN DES BEHINDERTEN KINDES / DES (DER) NAHEN ANGEHÖRIGEN

\_\_\_\_\_  
Familien- oder Nachname und Vorname (bitte auch alle früheren Namen angeben)

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

Hinweis: Die Selbstversicherung ist nicht nur für die Pflege der eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten (einer Lebensgefährtin), sowie mit diesen (dieser) verschwägerten Personen möglich.

Besteht für die Zeit der Pflege des Kindes / des (der) nahen Angehörigen bereits eine Selbstversicherung oder wurde eine solche beantragt?

JA  NEIN



### 3. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES BEHINDERTEN KINDES (Zutreffendes ankreuzen)

Wird (Wurde) für das Kind Karenzurlaubsgeld bezogen?  JA  NEIN

Wenn JA, von wem \_\_\_\_\_

Bezugsdauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Bitte diesbezügliche Nachweise beilegen)

Besteht für Zeiten der Pflege des behinderten Kindes bereits eine Selbstversicherung oder wurde eine solche beantragt?  JA  NEIN

Lebt das behinderte Kind ab dem Zeitpunkt der beantragten Selbstversicherung mit der Pflegeperson im gemeinsamen Haushalt?  JA  NEIN

**(Bitte Meldezettel beilegen!)**

Außerhalb des gemeinsamen Haushaltes wegen \_\_\_\_\_

In welchem(r) Heim, Schule \_\_\_\_\_  
**(Bitte genaue Bezeichnung)**

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsdauer \_\_\_\_\_  
**(Internatsmäßig, ganztägig, halbtägig, an welchen Wochentagen?)**

Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des Kindes überwiegend beansprucht?  JA  NEIN

Besteht für das Kind Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl.Nr. 376?  JA  NEIN

Wer bezieht die erhöhte Familienbeihilfe?

Familien- oder Nachname und Vorname	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	Geburtsdatum
-------------------------------------	------------------------------------	--------------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

Auszahlende Stelle	Anschrift	Telefon
--------------------	-----------	---------

Besteht für das Kind Anspruch auf Pflegegeld?  JA  NEIN

wenn JA, in Stufe \_\_\_\_\_

**(Bitte unbedingt Nachweise beilegen!)**

Ist das Kind gemäß § 15 des Schulunterrichtsgesetzes 1985, BGBl.Nr. 767/1985, wegen Schulunfähigkeit von der allgemeinen Schulpflicht befreit?  JA  NEIN  
**(Bitte unbedingt Nachweise im Original oder beglaubigter Fotokopie beilegen!)**

Besteht ein Aktenvorgang bei einem Sozialversicherungsträger (Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherungsanstalt)?  JA  NEIN

Wenn JA, bei welcher Stelle?

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Bedarf das Kind ständiger persönlicher Hilfe und Betreuung?  JA  NEIN

Ist das Kind bettlägrig?  JA  NEIN



#### 4. VERSICHERUNGSRECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN (Zutreffendes ankreuzen)

Sind Sie in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert?  JA  NEIN

Sind Sie in einer gesetzlichen Pensionsversicherung weiter(selbst)versichert?  JA  NEIN

Wenn JA, bei welchem Pensionsversicherungsträger?

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Haben Sie Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung?  JA  NEIN

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen, pensionsversicherungsfreien oder gleichartigen Dienstverhältnis?  JA  NEIN

Beziehen Sie einen Ruhegenuss nach einem solchen Dienstverhältnis?  JA  NEIN

Wenn JA, Bezeichnung und Anschrift der auszahlenden Dienststelle:

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Haben Sie innerhalb des letzten Jahres

- eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder eine Überbrückungshilfe bezogen?  JA  NEIN

Wenn JA, wann? \_\_\_\_\_

- Krankengeld bezogen?  JA  NEIN

Wenn JA, wann? \_\_\_\_\_

- Wochengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung bezogen?  JA  NEIN  
(nur ausfertigen, wenn es sich bei der Pflegeperson um eine Frau handelt)

Wenn JA, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie innerhalb der letzten vier Jahre

- ein weiteres Kind geboren?  JA  NEIN  
(nur ausfertigen, wenn es sich bei der Pflegeperson um eine Frau handelt)

Wenn JA, wann? \_\_\_\_\_

**(Bitte Geburtsurkunde beilegen!)**

Wurde für das Kind Karenzurlaubsgeld bezogen?  JA  NEIN

Wenn JA, von wem \_\_\_\_\_

- ein Kind an Kindes Statt angenommen?  JA  NEIN

Wurde für das Kind Karenzurlaubsgeld bezogen?  JA  NEIN

Wenn JA, von wem \_\_\_\_\_

Standen Sie bereits in einem unselbstständigen (nach dem ASVG pensionsversicherungspflichtigen) Beschäftigungsverhältnis?  JA  NEIN

Wenn JA, letztes Dienstverhältnis von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_

Dienstgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Dienstgebers: \_\_\_\_\_



## 5. PERSÖNLICHE VORAUSSETZUNGEN BEI PFLEGE EINES (EINER) NAHEN ANGEHÖRIGEN

Lebt der (die) nahe Angehörige ab dem beantragten Beginn der Selbstversicherung mit der Pflegeperson im gemeinsamen Haushalt?  JA  NEIN

Wenn NEIN: Erfolgt die Pflege in häuslicher Umgebung?  JA  NEIN

Angabe der Pflegeanschrift: \_\_\_\_\_

Wird die Arbeitskraft der Pflegeperson durch die Pflege des (der) nahen Angehörigen erheblich beansprucht?  JA  NEIN

Besteht für den (die) nahe(n) Angehörige(n) Anspruch auf Pflegegeld?  JA  NEIN

Wenn JA, in Stufe \_\_\_\_\_

ab wann: \_\_\_\_\_

(Bitte Nachweis beilegen)

## ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

### ◆ bei Antragstellung auf Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines (einer) nahen Angehörigen

- GEBURTSURKUNDE der zu pflegenden Person
- HEIRATSURKUNDE/PARTNERSCHAFTSURKUNDE der zu pflegenden Person
- MELDEZETTEL des (der) Versicherten und der zu pflegenden Person nur bei Pflege eines Lebensgefährten (einer Lebensgefährtin)

### ◆ bei Antragstellung auf Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

- GEBURTSURKUNDE der Pflegeperson und des Kindes
- HEIRATSURKUNDE/PARTNERSCHAFTSURKUNDE der Pflegeperson und eventuell des Kindes
- MELDEZETTEL der Pflegeperson und des Kindes
- STERBEURKUNDE des Kindes, wenn es innerhalb der letzten zwölf Monate verstorben ist
- Geburtsurkunden der Kinder, die von der Pflegeperson innerhalb der letzten vier Jahre gepflegt und erzogen wurden
- Bestätigung des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe
- Vorhandene ärztliche BEFUNDE mit detaillierter Diagnose, aus der Art und Umfang der Behinderung erkennbar ist
- Unterlagen über eine allfällige Befreiung von der Schulpflicht

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin



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