



PENSIONSVERSICHERUNG

ANTRAG

AUF ZUERKENNUNG EINER

Hinterbliebenenpension

(Bitte begehrte Leistung ankreuzen!)

Eingangsstempel

(in **BLOCKSCHRIFT**):

FAMILIEN- oder NACHNAME:	VORNAME:
---------------------------------	-----------------

I. Ich beantrage aus der
gesetzlichen Pensionsversicherung die

Versicherungsnummer:

Witwenpension

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Witwerpension

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Pension für hinterbliebene
eingetragene Partnerin**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Pension für hinterbliebenen
eingetragenen Partner**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Waisenpension

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsnummer (VSNR)
des (der) Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BITTE BEACHTEN SIE:

Der Pensionsbeginn ist vom Zeitpunkt des Einlangens des Pensionsantrages bei der Versicherungsanstalt abhängig. Das ausgefertigte Formular ist daher auch dann ehestens an die Versicherungsanstalt weiterzuleiten, wenn nicht alle erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) vorhanden sind.

Fehlende Unterlagen sind **umgehend** nachzusenden.



A. Personaldaten des (der) verstorbenen Versicherten (in Blockschrift)

1. Familien- oder Nachname und Vorname (Familiename vor der ersten Eheschließung):
.....
.....
..... Geschlecht:
(Geburtsurkunde des (der) Versicherten beischließen.) männlich weiblich

2. Geboren am: in
Staatsangehörigkeit:
(Staatsbürgerschaftsurkunde beischließen)

3. Verstorben am (Sterbeurkunde beischließen):
Todesursache:

4. Personenstand zur Zeit des Todes:
Ä
Ä

5. Falls der (die) Verstorbene mehrmals verheiratet war:
Name des 1. Ehegatten / der 1. Ehegattin
Datum der Eheschließung: Datum der Scheidung - des Todes:
Name des 2. Ehegatten / der 2. Ehegattin
Datum der Eheschließung: Datum der Scheidung - des Todes:
(Heirats-, Scheidungs- und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen.)

Falls der (die) Verstorbene mehrmals in einer eingetragenen Partnerschaft war:
Name des 1. Partners / der 1. Partnerin
Datum der Eintragung:
Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes:
Name des 2. Partners / der 2. Partnerin
Datum der Eintragung:
Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes:
(Partnerschaftsurkunde, gerichtliche Auflösungsentscheidung und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen)

B. Angaben zum (zur) verstorbenen Versicherten

1. Ist der Tod des (der) Versicherten die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? JA NEIN

2. Ist der Tod durch Dritte verursacht worden?
 NEIN JA
Datum
.....
Name und Anschrift des Schädigers
Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? JA NEIN
zuständiges Gericht:
Geschäftszahl:

3. Bezog der (die) Verstorbene eine Leistung des Sozialministeriumservice? JA NEIN
Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
.....



4. Bezog der (die) Verstorbene eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? JA NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
.....

5. Bezog der (die) Verstorbene eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? JA NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
.....

6. Bezog der (die) Verstorbene Leistungen von inländischen Pensionskassen? JA NEIN
Von welcher Pensionskasse? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
.....



C. WAHRHEITSGEMÄSSE ERKLÄRUNG ZUR FESTSTELLUNG DER HINTERBLIEBENENPENSION

Sehr geehrte Frau!

Sehr geehrter Herr!

Die Hinterbliebenenpension beträgt zwischen 0 und 60 Prozent der Pension, auf die der (die) verstorbene Versicherte Anspruch gehabt hat oder hätte. Für die Ermittlung des individuellen Prozentsatzes der Hinterbliebenenpension ist unter anderem die Bildung einer Berechnungsgrundlage für den (die) Hinterbliebene(n) als auch für den (die) Verstorbene(n) erforderlich. Maßgebend für die Höhe der Berechnungsgrundlage ist das Einkommen des (der) Hinterbliebenen und des (der) verstorbenen Versicherten in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des Versicherten.

Um die Höhe der Berechnungsgrundlage(n) feststellen zu können, ersuchen wir Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, den Fragebogen zu unterfertigen und entsprechende Unterlagen beizulegen. Sollten Sie keine entsprechenden Nachweise besitzen, ersuchen wir, keinesfalls von sich aus bei den jeweiligen Stellen (Dienstgeber, Krankenversicherungsträger, ausländischer Versicherungsträger, etc.) Erhebungen einzuleiten. Diese werden bei Bedarf von der VAEB durchgeführt.

Die Fragen betreffen den Zeitraum der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Tod des (der) Versicherten (z.B. Tod am 15.07.2015; daher maßgeblicher Zeitraum 1.1.2013 bis 31.12.2014) und es sind sowohl inländische als auch ausländische Einkünfte mit allen Änderungen anzugeben.

Einkünfte des (der) verstorbenen Versicherten

Ist das Einkommen des (der) Verstorbenen in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Tod wegen Krankheit, Arbeitslosigkeit oder einer durch Krankheit verursachten Einschränkung der Erwerbstätigkeit gesunken?

ja, führen Sie bitte die Einkünfte des (der) Verstorbenen in den letzten 4 Jahren vor dem Tod an

nein, führen Sie bitte die Einkünfte des (der) Verstorbenen in den letzten 2 Jahren vor dem Tod an

Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Angaben zu Verzögerungen und Rückfragen führen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES (DER) VERSTORBENEN
Pensions-/Rentenansprüche von einem anderen Versicherungsträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Träger / Anstalt Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR	Träger / Anstalt Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR
	<input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger) <input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> ausländischer Versicherungsträger Anzahl der Bezüge pro Jahr	Träger / Anstalt Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR
Ruhe- / Versorgungsgenuss <input type="checkbox"/> aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> keine solche Leistung	Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR	Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR



ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES (DER) VERSTORBENEN	
Unselbstständige Erwerbstätigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dienstgeber Lohn / Gehalt Sachbezüge anstelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der Erwerbstätigkeit von/bis: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Brutto EUR <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zeitraum der Erwerbstätigkeit von/bis: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Brutto EUR <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	
<i>Bitte Einkommensnachweis beilegen.</i>			
Selbstständige Erwerbstätigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Geschätzte) Einkünfte im Kalenderjahr	Art / Funktion Standort EUR	Art / Funktion Standort EUR	
<i>Bitte Einkommensnachweis beilegen.</i>			
Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse:			
Eigengrund: selbst bewirtschaftet (gepachtet) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktenzeichen Einheitswert Anteil	Aktenzeichen Einheitswert Anteil	
<i>Bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen.</i>			
Sonstige Leistungen wie: <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Notstandshilfe <input type="checkbox"/> Weiterbildungsgeld <input type="checkbox"/> Rehabilitationsgeld <input type="checkbox"/> Sonderunterstützung <input type="checkbox"/> Übergangsgeld bzw. Umschulungsgeld <input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss <input type="checkbox"/> Andere Leistungen	Auszahlende Stelle von/bis: tgl. EUR mtl. EUR mtl. EUR	Auszahlende Stelle von/bis: tgl. EUR mtl. EUR mtl. EUR	
<i>Bitte Nachweise über Einkünfte beilegen.</i>			
Sonstige Einkünfte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen	auszahlende Stelle mtl. EUR	auszahlende Stelle mtl. EUR	
<i>Bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen.</i>			

**Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.
Ich nehme zur Kenntnis dass die auf Grund meiner Angaben zu Unrecht ausgezahlten Leistungen zurückgefordert werden.**



4. Hat der (die) Versicherte eine Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes? JA NEIN
Für welchen Zeitraum und bei welchem Versicherungsträger?
.....

5. Wurde für den (die) verstorbene(n) Versicherte(n) bereits ein Verfahren zur rückwirkenden Erfassung des Versicherungsverlaufes (REV-Verfahren) durchgeführt? JA NEIN
Von welchem Pensionsversicherungsträger?
(REV-Mitteilung beischließen!)

6. **Nur bei verstorbenen weiblichen Versicherten zu beantworten:**

Hat die verstorbene Versicherte anlässlich einer Eheschließung die Gewährung eines **Ausstattungsbetrages** bzw. einer **Beitragerstattung** beantragt? JA NEIN
Bei welchem Versicherungsträger?
Aktenzeichen?

7. Hat der (die) Verstorbene Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt? JA NEIN
Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)?
Wurden ausländische Versicherungszeiten bereits festgestellt? JA NEIN
Wenn JA, bitte Aktenzeichen und Versicherungsträger anführen
Höhe der Leistung
Hatte der (die) Verstorbene jemals einen ordentlichen Wohnsitz im Ausland, ohne dort beschäftigt gewesen zu sein? JA NEIN
Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)?



8. a) Waren Sie **vor** der Ehe mit dem (der) Versicherten bereits einmal verheiratet? JA NEIN
 b) Haben Sie sich **nach** der Ehe mit dem (der) Versicherten wiederverheiratet? JA NEIN
 c) Waren Sie **vor** der eingetragenen Partnerschaft mit dem (der) Versicherten bereits einmal in einer eingetragenen Partnerschaft? JA NEIN
 d) Sind Sie **nach** der eingetragenen Partnerschaft mit dem (der) Versicherten erneut eine eingetragene Partnerschaft eingegangen? JA NEIN

9. Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe/eingetragenen Partnerschaft einen Anspruch auf Hinterbliebenenpension?
 JA
 Versicherungsträger, Aktenzeichen
 NEIN

10. Haben Sie Anspruch auf ein Ausgedinge? JA NEIN
 Aus welchen Leistungen besteht dieses Ausgedinge?
 Seit wann?
 (Notariatsakt oder Grundbuchauszug beilegen!)

11. eine Leistung des Sozialministeriumservice? JA NEIN
 Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

12. eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? JA NEIN
 Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

13. eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? JA NEIN
 Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

14. Leistungen von inländischen Pensionskassen? JA NEIN
 Von welcher Pensionskasse? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

G. Bundespflegegeld

1. Beantragen Sie Pflegegeld, da Sie ständig der Betreuung und Hilfe bedürfen? JA NEIN
 Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?
 JA NEIN
 Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

2. Beantragen Sie die Erhöhung des Pflegegeldes? JA NEIN



H. Daten der Waise(n)

PERSONALDATEN DER WAISEN, FÜR DIE EINE LEISTUNG BEANTRAGT WIRD:			
Familien- oder Nachname	Vorname	geboren am	ehelich, legitimiert, adoptiert, unehelich, Stiefkind*)

1. Welche Waisen sind a) Halbweisen?
 b) Vollweisen?

Anschrift der Waise(n):

.....

Waisenpension gebührt grundsätzlich **KINDERN** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

- Als Kinder gelten: die ehelichen, unehelichen legitimierten Kinder;
 die Wahl(Adoptiv)kinder;
 die Stiefkinder, wenn sie ständig mit dem (der) Versicherten in Hausgemeinschaft gelebt haben.

Bitte Geburtsurkunde(n), Legitimierungsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennnis beifügen.

Über das 18. Lebensjahr hinaus gebührt eine **WAISENPENSION**, wenn und solange das Kind

- a) sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder eine Freiwilligentätigkeit ausübt, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne der Bestimmungen des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 betreiben;
- b) seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des unter Punkt a) genannten Zeitraumes **infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig** ist.



2. **Welches Einkommen bezieht (beziehen) die Waise(n) bzw. wurde oder wird für die Waisen beantragt?**

a) eine Waisenpension aus der Pensionsversicherung? JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welcher Stelle, während welcher Zeit und in welcher Höhe?

.....

b) eine Rente aus der Unfallversicherung (Versehrtenrente oder Waisenrente)? JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welcher Anstalt, während welcher Zeit und in welcher Höhe?

.....

c) eine Versorgungsleistung von den Österreichischen Bundesbahnen, vom Bund, von einem Land oder einer Gemeinde auf Grund einer Dienstleistung des (der) verstorbenen Versicherten?

JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welcher Stelle und in welcher Höhe?

.....

d) eine Leistung des Sozialministeriumservice? JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

e) eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

f) eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

g) eine Leistung von einer ausländischen Stelle? JA NEIN

Name der Waise(n):

Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

Von welcher Art?

h) Welches andere Einkommen hat (haben) die Waise(n)?

Name der Waise(n):

Art und Höhe des Einkommens?

.....

Allfällige Nachweise zu a) bis h) beischließen.



I. Bundespflegegeld für die Waise(n)

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

JA NEIN

.....
Name der Waise

.....
Name der Waise

.....
Name der Waise

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

JA NEIN

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

Ist/Sind die Waise(n) gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?

JA NEIN

Beantragt (Beantragen) diese Waise(n) die Erhöhung des Pflegegeldes?

JA NEIN

Hinweis zur Antragstellung

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Hinterbliebenenpension als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

Sofern über einen gestellten Leistungs(Pflegegeld)antrag des (der) Versicherten noch nicht entschieden wurde, beantrage ich die **Fortsetzung des Verfahrens**.

ANWEISUNG

Nützen Sie die Vorteile einer bargeldlosen Pensionszahlung und beantragen Sie bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl ein PENSIONSKONTO!

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

wird gewünscht für die Witwe/den Witwer den (die) eingetragene(n) PartnerIn
 die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist - auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto - nur über "**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**" bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

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

....., am,
(Ort) (Datum)

.....
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin



Ich bin der (die) gesetzliche VertreterIn Vormund
 gerichtlich bestellte SachwalterIn des (der) Obgenannten.

Name und Adresse:

Vollmacht liegt bei wird nachgereicht

Bitte legen Sie dem Antrag gegebenenfalls die Bestellungsurkunde bei, wenn dies der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau noch nicht nachgewiesen wurde.

Meldeverpflichtung

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Ich bin mir bewusst, dass wissentlich unrichtige Angaben allenfalls strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben sowie jede Änderung des Wohnsitzes - wenn auch nur vorübergehend (z.B. Spitalsaufenthalt) innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens ist binnen **sieben Tagen** zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

Datenschutz

Sind Sie einverstanden, dass die
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau - Pensionsversicherung
die für Ihr Verfahren erforderlichen **Melgedokumentationen** einholt?

JA

NEIN

Alle Informationen, die Ihre Person betreffen, werden von uns im Sinne des Datenschutzes vertraulich behandelt.



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 - 36 555

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