



PENSIONSVERSICHERUNG

ANTRAG

AUF



Eingangsstempel

Versicherungsnummer: Geburtsdatum:

Feststellung der Invalidität / Berufsunfähigkeit

GILT NICHT ALS PENSIONSANTRAG

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

1. Familien- oder Nachname und Vorname:

.....

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

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

Anschrift des (der) Versicherten:

.....

Postleitzahl: Ort: Straße: Nr.

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl):

e-Mail:



Information für Antragstellerinnen/Antragsteller

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

Alle Dokumente sind im Original, in 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 und dergleichen nur für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden **g e b ü h r e n f r e i** ausgestellt.

Erforderliche Dokumente:

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Heiratsurkunde(n) - Urkunde über die eingetragene Partnerschaft - Staatsbürgerschaftsnachweis

Bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), der Anstalts- (Heilstätten)pflge, desurlaubes 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.

Bitte achten Sie vor allem auf die genaue Ausfertigung des **Beiblattes zur Feststellung der Invalidität/Berufsunfähigkeit** über Ihre Tätigkeiten in den letzten 15 Kalenderjahren.

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

z.B. Schlosser/Schlosserin, Bauhilfsarbeiter/Bauhilfsarbeiterin, Mithilfe in der (dem) elterlichen Landwirtschaft/Gewerbebetrieb, Technischer 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 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen über Beschäftigungszeiten werden **ausnahmslos** vom zuständigen Pensionsversicherungsträger durchgeführt.

Beispiel:			
1.6.1968	30.09.1969	Mithilfe im elterlichen Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1
1.10.1969	30.06.1970	Präsenzdienst	
1.7.1970	31.12.1973	Stahlbauschlosserlehrling	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.1.1974	31.07.1996	Stahlbauschlosser	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.8.1996	Laufend	Werkmeister	Fa. KMB Metallbau, Wien 21, Schererstraße 16

Erforderliche Nachweise:

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

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

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns im Sinne des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgt 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.



B. Versicherungsverlauf

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (z.B. 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
 - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes) im

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

Beachten Sie bitte, dass das Beiblatt zur Feststellung der Invalidität/Berufsunfähigkeit

jedenfalls vollständig auszufüllen ist.

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

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



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



C. Ergänzende Fragen zum Versicherungsverlauf

Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Wurden für Sie bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Waren Sie im Ausland unselbständig und/oder selbständig erwerbstätig?

ja nein
Staat(en)

Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?

ja nein
Staat(en)

Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (z.B. durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?

ja nein
Staat(en)

Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf Ihrer Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert?

ja nein

Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen?

ja nein

Hinweis für männliche Versicherte:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Wenn jedoch Sie selbst das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.
(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

Von weiblichen Versicherten auszufüllen:

Erhielten Sie anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragsersatzung?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt?

ja nein

Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung?

ja nein

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass **dieser Antrag keinen Pensionsantrag darstellt und Leistungen bei Invalidität/Berufsunfähigkeit gesondert beantragt werden müssen.**

.....
Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Beilagen:
.....

