

Ich beantrage die Weiter(Selbst)versicherung ab (frühestens ein Jahr vor der
Antragstellung) bzw. von bis

3. FRAGEN ZUR WEITER(SELBST)VERSICHERUNG

3.1 Sind Sie erwerbstätig? ja nein

unselbständig

.....

Dienstgeber (Name und Anschrift)

selbständig als

.....

Name und Standort der Firma (der Kanzlei, Praxis etc.)

3.2 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis? ja nein

3.3 Stehen Sie in einem unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen
Körperschaft bzw. zu einem Betrieb, einer Anstalt, einer Stiftung oder einem Fonds einer solchen
Körperschaft mit Anspruch auf Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein

3.4 Stehen Sie im Bezug einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung
oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein

Zuständiges Arbeitsmarktservice:

3.5 Beziehen Sie Krankengeld? ja nein

3.6 Beziehen Sie eine monatliche Leistung nach dem Sozialhilfegesetz? ja nein

Von welcher Stelle: Aktenzeichen:

3.7 Haben Sie sonstige Einkünfte? ja nein

Art der Einkünfte (z.B.: aus geringfügiger Beschäftigung, Vermietung, Verpachtung etc.)

.....

3.8 Haben Sie einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Leistung aus der gesetzlichen
Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein

Versicherungsträger: Aktenzeichen:

3.9 Beziehen Sie einen Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein

Auszahlende Stelle:

3.10 Beziehen Sie eine Geldleistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung? ja nein

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

- 4.1 Bezieht Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte/Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner eigene Einkünfte? ja nein

Wenn ja, Nachweis über das Einkommen vorlegen

- 4.2 Sind Sie oder Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte/Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner einem oder mehreren Kinder gegenüber unterhaltspflichtig? ja nein

Wenn ja, bitte Geburtsurkunde(n) vorlegen

- 4.3 Sind Sie oder Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte/Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner anderen Personen gegenüber unterhaltspflichtig? ja nein

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

- 4.4 Erhalten Sie Unterhalt? ja nein

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

Besteht gegenüber Ihnen keine Unterhaltspflicht, bitten wir um Vorlage diesbezüglicher Nachweise. (zB: Scheidungsurteil, gerichtliche Auflösungsentscheidung, Vergleichsausfertigung oder Gerichtsbeschluss)

EINKOMMENSNACHWEISE

Bei selbständiger oder ähnlicher Tätigkeit den letzten Einkommenssteuerbescheid, bei unselbständiger Erwerbstätigkeit eine Gehalts- oder Lohnbestätigung, 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.

Wir weisen darauf hin, dass eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage zu einer niedrigeren Pensionsleistung führen kann!

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

Pflegen Sie eine(n) nahe(n) Angehörige(n) mit Anspruch auf Pflegegeld in der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7? ja nein

Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, um eine(n) nahe(n) Angehörige(n) zu pflegen? ja nein

Inwieweit wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflege beansprucht? gänzlich erheblich

Familien- oder Nachname und Vorname des/der zu pflegenden Angehörigen:

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

Anschrift:

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

.....

Angehörigeneigenschaft:

(z.B.: Ehegatte, Mutter, Bruder, Lebensgefährte)

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

7. ZAHLUNGSART

Ich möchte die Zahlungsart

Einziehungsauftrag

Zahlschein

INFORMATION ZUR EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Wir möchten Sie auf unser Service des Einziehungsverfahrens 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 wählen, ersuchen wir Sie, den nachstehenden Einziehungsauftrag (Einzugsermächtigung) vollständig auszufüllen.

Übernimmt eine andere Person die Kosten der Beitragszahlung, so ist in der Einzugsermächtigung das Bankkonto des Auftraggebers/der Auftraggeberin anzuführen.

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.

Einziehungsermächtigung (bis auf Widerruf)

Familien- oder Nachname: Vorname:

Abteilung: OE-PV/VSNR: PV-.....

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) Sie bis auf Widerruf, die von mir (uns) zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines (unseres) Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine (unsere) kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich (Wir) habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen nach erfolgter Abbuchung oder nach erfolgtem Einzug ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner (unserer) Bank zu veranlassen.

Kontonummer:

BLZ.:

Name der Bank:

**Zahlung wegen freiwilliger Selbst- bzw. Weiterversicherung in der Pensionsversicherung
gem. § 16 a ASVG bzw. § 17 ASVG**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des (der) Zeichnungsberechtigten

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 LINZ

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

Gesundheits- und Betreuungszentrum INNSBRUCK

Südtirolerplatz 3
6020 Innsbruck
Tel.: 050 2350 - 36800

Gesundheits- und Betreuungszentrum SALZBURG

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

Gesundheits- und Betreuungszentrum GRAZ

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

Gesundheits- und Betreuungszentrum VILLACH

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

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 oder 33 601

Fax: 050 2350 - 73 201