



Versicherungsnummer:

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

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

# Antrag

## Weiter(Selbst)versicherung in der Pensionsversicherung

**1. PERSONALDATEN DES (DER) VERSICHERTEN (in Blockschrift)**

Familien- oder Nachname: ..... Vorname: .....

Frühere Namen: .....

Geschlecht:       weiblich       männlich

Geburtsdatum: ..... Geburtsort / Land: .....

Personenstand:    ledig       verheiratet       verwitwet       geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft lebend       hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)  
 in aufgelöster eingetragener Partnerschaft lebend

Anschrift: .....  
.....  
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Sollten Sie Ihre Anschrift - wenn auch nur vorübergehend - ändern, ersuchen wir um sofortige Benachrichtigung!

**2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

Familien- oder Nachname: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....  
.....  
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

	Nachweis	liegt bei	wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)	Vollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SachwalterIn	gerichtlicher Bestellnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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.



Hat der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7 nach dem Bundespflegegeldgesetz?

ja  nein

Seit wann? .....

Auszahlende Stelle: ..... Aktenzeichen: .....

Bitte Nachweise beilegen.

Seit wann wird der (die) Angehörige von Ihnen gepflegt? .....

Wird der (die) Angehörige auch von einer anderen Person gepflegt, die einen Antrag auf begünstigte Weiter(Selbst)versicherung eingebracht hat bzw. bereits begünstigt weiter(selbst)versichert ist?

ja  nein

## 6. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden die 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
- der Kindererziehung
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- des Präsenz-/Zivil- oder Ausbildungsdienstes

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

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

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.



## 7. STEUERLICHE BERÜCKSICHTIGUNG

Sind Sie mit der elektronischen Übermittlung der Zahlungsbestätigung an das zuständige Finanzamt, zwecks Berücksichtigung im Rahmen der automatischen Arbeitnehmerveranlagung (AANV), einverstanden?  
*(Gilt NUR für Anträge auf Weiterversicherung!)*

ja

nein

Sollten Sie nicht einverstanden sein, weisen wir darauf hin, dass seitens des Finanzamtes keine automatische Berücksichtigung Ihrer Zahlungen erfolgen kann.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:



## 8. ZAHLUNGSART

Ich möchte die Zahlungsart  SEPA-Lastschriftmandat  Zahlschein

### INFORMATION ZUM SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Wir möchten Sie auf unser Service der SEPA-Lastschrift 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, die nachstehende SEPA-Lastschrift vollständig auszufüllen.

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

Über Ihren Wunsch kann die SEPA-Lastschrift jederzeit storniert werden.

Wir hoffen, mit dieser Serviceleistung einem vielfach geäußerten Wunsch nachzukommen und Ihnen damit Ihre Zahlungsmodalitäten zu erleichtern.

### SEPA-Lastschrift (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 SEPA-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.

IBAN: ..... BIC.: .....

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

FVA003



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