



PENSIONSANTRAG auf

- Alterspension
- Korridorpension (ab 62. Lebensjahr)
- vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer
- Schwerarbeitspension (ab 60. Lj.)
- Erwerbsunfähigkeitspension bzw. Maßnahmen zur Rehabilitation

ÜBERPRÜFUNGSANTRAG auf

- Feststellung der Versicherungszeiten
- Feststellung der Schwerarbeitszeiten
- Feststellung d. Erwerbsunfähigkeit
- Nachentrichtung gem. § 39a BSVG

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen

A. Personaldaten des Antragstellers/der Antragstellerin

Familienname				Versicherungsnummer		
Vorname				Geburtsdatum		
Frühere(r) Name(n)				Tag	Monat	Jahr
Derzeitige Staatsbürgerschaft				Geburtsort		
Personenstand:				Geburtsurkunde bitte beilegen!		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit	<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend seit			
Heiratsurkunde, Partnerschaftsurkunde, Sterbeurkunde, Scheidungsurteil bzw. Auflösungsurteil bitte beilegen	<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft seit			
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit	<input type="checkbox"/> verwitwet seit	<input type="checkbox"/> hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in seit			
Wohnanschrift			Hausname (vulgo)		Telefon	
Postleitzahl	Postort		politischer Bezirk			

B. Personaldaten des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin

Familienname		Vorname		Versicherungsnummer		
Frühere(r) Name(n)		Beruf		Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr
		Gemeinsamer Haushalt mit Ehepartner/in bzw. eingetragenen Partner/eingetragener Partnerin gegeben		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

C. Personaldaten der Kinder (Enkel) für die Gewährung des Kinderzuschusses:

- Alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr anführen.
- Alle Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr anführen, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz ausüben oder erwerbsunfähig sind.
- Enkel und Stiefkinder nur dann anführen, wenn sie mit dem/der Antragsteller/in ständig in Hausgemeinschaft leben und Enkel darüber hinaus gegen ihn/sie einen Unterhaltsanspruch haben.

Familienname	Vorname	ehelich, legitimiert, unehelich, Wahl-, Stiefkind, Enkel	Kinderzuschuss über das 18. Lebensjahr beantragt wegen	Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr

Geburtsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennung, Bestätigung über den ordnungsgemäßen Schulbesuch (Berufsausbildung), Lehrvertrag bzw. ärztliche Bestätigung bitte beilegen!

D. Angaben über die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft (Ende der Pflichtversicherung). Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte usw. und den (die) zuletzt erhaltenen Einheitswertbescheid(e) bitte beilegen.

Eigengrund, Fruchtgenuss des Antragstellers/der Antragstellerin				
Übergabe, Verkauf, Verpachtung		zurückbehaltene, bewirtschaftete Flächen		
am	Ausmaß in ha	Ausmaß in ha	Kulturart	letzter Einheitswert
Eigengrund, Fruchtgenuss des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin				
Pachtgründe, sonstige Nutzflächen des Antragstellers/der Antragstellerin				
Rückgabe		weiterhin gepachtet bzw. auf sonstige Art genützt		
am	Ausmaß in ha	Ausmaß in ha	Kulturart	letzter Einheitswert
Pachtgründe, sonstige Nutzflächen des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin				
Wovon wird seit der Betriebsaufgabe vorwiegend der Lebensunterhalt bestritten?				

E. Unterhaltsverpflichtungen und Unterhaltsansprüche zur Feststellung der Ausgleichszulage

1. Hat der/die Antragsteller/in Kinder überwiegend zu erhalten?			
Deren Namen und Geburtsdaten	Eigenes Einkommen; Art (Lehrlingsentschädigung, Arbeitsverdienst usw.)		netto mtl. EUR
2. Einkünfte der Eltern			
Verwandtschaftsgrad zum Antragsteller/zur Antragstellerin	Name und Beruf des/der Unterhaltspflichtigen	Gemeins. Haushalt	mtl. Höhe des Nettoeinkommens
Vater		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mutter		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Tatsächlicher Unterhalt vom Ehepartner/von der Ehepartnerin (sofern geschieden oder getrennt lebend) / vom eingetragenen Partner/von der eingetragenen Partnerin (sofern die eingetragene Partnerschaft aufgelöst wurde oder getrennt lebend)			
Name und Anschrift	Geburtsdatum	Rechtsgrundlage (Urteil, Vergleich, Vertrag)	Höhe des mtl. Unterhaltes
4. Die Eltern haben – der Ehepartner/die Ehepartnerin (sofern geschieden) / der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin (sofern die eingetragene Partnerschaft aufgelöst wurde) hat – noch folgende weitere Angehörige zu erhalten:			
Name und Geburtsdatum	Verwandtschaftsverh.	Eig. Einkommen d. Angehörigen Art	mtl. EUR
5. Erhält der/die Antragsteller/in weitere Unterhaltsleistungen?	von wem/Verwandtschaftsverhältnis/mtl. Höhe		

F. Erwerbstätigkeiten (Beschäftigungen) und Einkünfte in Geld oder Geldeswert zum Zeitpunkt der Antragstellung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Art der Einkünfte	Antragsteller/in	Ehepartner/in (auch wenn geschieden) / eingetragene/r Partner/in (auch wenn eingetragene Partnerschaft aufgelöst)
1. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf? <small>(Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art / Standort	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art / Standort
2. Unselbständige Erwerbstätigkeit als Arbeiter/in, Angestellte/r, Beamter/Beamtin, Lehrling, Heimlehrling, Mitarbeiter/in im elterlichen Betrieb. Auch freie Dienstverträge und geringfügige Beschäftigungen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/in / Anschrift mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/in / Anschrift mtl. Bezug EUR
3. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeitbeihilfe, Rehabilitationsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenkasse / regionale Geschäftsstelle des AMS mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenkasse / regionale Geschäftsstelle des AMS mtl. Bezug EUR
4. Ruhe-(Versorgungs-)genuss, Pension aus einem Beamtenverhältnis, Abgeordnetenpension <small>(Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
5. Bezug nach dem Kriegsoffer-, Heeresversorgungs- oder Opferfürsorgegesetz <small>(Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
6. Wird eine Geldleistung bezogen oder wurde ein Antrag gestellt:		
<input type="checkbox"/> weitere Pension	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
<input type="checkbox"/> Rente aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
<input type="checkbox"/> einem ausländischen Versicherungsträger (Anschrift)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der öffentlichen Fürsorge (auch Pflegegeld, Blindenbeihilfe u.ä.)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	AZ	AZ
7. Sonstige Einkünfte (z.B. Ausgedinge, Leibrenten, Firmenpensionen, Bürgermeister/in-pension, Hinterbliebenenversorgung nach einem/einer Bürgermeister/in, Aufwandsentschädigungen, Provisionen, Vermögenszinsen, Bezüge als Funktionär/in, Einnahmen aus Zimmer- und Wohnungsvermietung, Vermietung von Ställen und Scheunen etc. für gewerbliche und sportliche Zwecke, Pachteinnahmen aus Grundflächen, Pachteinnahmen aus Campingplätzen, Alimente, Unterhaltsleistungen, Einkünfte aus Agrargemeinschaften usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.

G. Angaben über den Gesundheitszustand (bereits vorhandene ärztliche Befunde beilegen!)

1. Wegen welcher Krankheiten oder Gebrechen hält sich der/die Antragsteller/in für dauernd erwerbsunfähig?	
2. Bedarf der/die Antragsteller/in ständig der Hilfe und beantragt deshalb das Pflegegeld?	
3. Ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit durch Dritte oder einen Arbeitsunfall (Berufskrankheit) verursacht worden? Name und Anschrift der schädigenden Person anführen!	
4. War der/die Antragsteller/in in den letzten drei Jahren in Krankenhauspflege? Von wann bis wann? In welchem Krankenhaus?	
5. Ist der/die Antragsteller/in geh- bzw. reisefähig und daher imstande, zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	

H. Wenn der/die Antragsteller/in den Antrag nicht selbst stellt, Name und Anschrift des/der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte beilegen.)

.....
 Hat der/die Antragsteller/in einen Vormund / Erwachsenenvertreter / Vorsorgebevollmächtigten, Name und Anschrift
(Bitte Bestätigung über den Umfang der Vertretungsbefugnis beilegen!)

I. Ich bin an einem (weiteren) **Nachkauf von Schul-/Studienzeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert. ja nein

J. Pensionsauszahlung

Der/Die Antragsteller/in wünscht, dass die Pension

auf das Konto bei der - Kasse in
 - Bank

IBAN:....., BIC:..... überwiesen wird.

(Bitte den Überweisungsantrag, der von diesem Geldinstitut ausgestellt wird, beilegen.)

durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird.

K. Ich ermächtige die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84 – 86 (Creditor-ID: AT34ZZZ00000007181), Kostenanteile von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen auf mein Konto gezogene SEPA-Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. ja nein

L. Der/Die Unterzeichnete ist damit einverstanden, medizinische Gutachten die beim Land, Magistrat bzw. in der Bezirkshauptmannschaft erstellt wurden, für die sinngemäße Verwendung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu überlassen.

M. **Lohnsteuer:** Für die Berücksichtigung des **Alleinverdiener-/Alleinerzieherabsetzbetrages/Familienbonus Plus** ist die Vorlage einer Erklärung erforderlich. Dafür erhalten Sie über Anforderung von unserer Anstalt oder vom Finanzamt das Formular **E30**.

Für den Fall, dass die Entrichtung von freiwilligen Beiträgen zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen notwendig ist, gilt dieser Pensionsantrag auch als Antrag auf Weiterversicherung.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich verpflichte mich, alle künftig anfallenden Geld- und Sachleistungen, deren Erhöhung sowie jede Änderung in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, insbesondere die Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin / dem eingetragenen Partner/der eingetragenen Partnerin, den Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin oder der Kinder und die Änderung meines Wohnsitzes sofort, längstens innerhalb von 2 Wochen, mitzuteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Änderung in der Höhe des Erwerbseinkommens innerhalb von 7 Tagen bekannt zu geben ist.

Anzahl der Beilagen:

.....
 Ort und Datum

.....
 Unterschrift

Zur Beachtung! Um Nachteile für den/die Antragsteller/in bei der Festsetzung des Pensionsbeginnes zu vermeiden, sind Anträge sofort an die Anstalt weiterzuleiten, also auch dann, wenn die erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) nicht oder noch nicht vollständig beigelegt werden können. Fehlende Nachweise sind ehestens nachzusenden. Alle Urkunden und Beilagen sind gebührenfrei, wenn sie nur für diesen Antrag verwendet werden sollen!

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle:

Dieser Antrag sowie das Beiblatt wurden von der unterzeichnenden Stelle als Niederschrift im Sinne des § 14 AVG aufgenommen. Die Partei wurde zur Wahrheitspflicht ermahnt und auf die Folgen unwahrer Angaben hingewiesen.

.....
 Ort und Datum

.....
 Stempel und Unterschrift

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter www.svs.at/vvt.