



Eingelangt am: \_\_\_\_\_

# Antrag auf

- WITWENPENSION
- WITWERPENSION
- PENSION FÜR HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN
- PENSION FÜR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER
- WAISENPENSION für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

**! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !**

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

## 1. PERSONALDATEN DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Titel: ..... Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich      Geburtsdatum: .....

Geburtsort: ..... Land: .....

Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en): .....      .....

Letzter Wohnort: .....

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl

Ort

Bundesland

Land

Todestag: ..... Todesursache: .....

Ist der Tod die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit?       ja       nein

Ist der Tod durch Unfall bzw. Dritte verursacht worden?

nein     ja    .....  
Datum      Name und Anschrift der Person, die den Schaden verursacht hat

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?

nein     ja    .....  
zuständiges Gericht, Geschäftszahl



**2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS** (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname / Nachname: ..... 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:  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 des Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin

bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en): ..... / .....

Adresse: .....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

.....  
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl) E-Mail

**3. PERSONALDATEN DER WAISE(N)** (in Blockschrift)

**3.1 WAISE 1**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen



**3.2 WAISE 2**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen

**3.3 WAISE 3**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen



**3.4 WAISE 4**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen

**3.5 WAISE 5**

Familienname: ..... Vorname: .....

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: ..... / .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: .....

eheliches Kind  uneheliches Kind  adoptiertes Kind  Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....  
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise?  nein  ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils: .....

Geburtsdatum: ..... Sterbedatum: .....

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja .....  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen



**4. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

Nur ausfüllen, wenn der Antrag auf Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner von einer anderen Person bzw. der Antrag auf Waisenpension nicht von der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner gestellt wird.

	<i>Nachweis liegt bei</i>	<i>wird nachgereicht</i>
<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung / Obsorge betraute Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mit der Sachwalterschaft betraute Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Straße, Gasse, Platz	Hausnr., Stiege, Tür
..... Postleitzahl, Ort	..... Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen die / den verstorbene(n) Versicherte(n), die Witwe / den Witwer / die hinterbliebene eingetragene Partnerin / den hinterbliebenen eingetragenen Partner bzw. die Waise(n) betreffen!

**5. ANGABEN ZUM / ZUR VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

**5.1 BEZÜGE DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

Bezog oder beantragte der / die Verstorbene eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja			auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
vom Sozialministeriumservice (zB Beschädigtenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhegenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage, Administrativpension, Überbrückungszahlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



**5.2 VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

Bezog der / die Verstorbene bereits eine Pension?

- ja ⇒ Wurde während des Pensionsbezuges eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?  
 ja     nein

**Falls der / die Verstorbene bereits eine Pension bezogen hat, ist die Beantwortung der weiteren Fragen in diesem Punkt nicht mehr erforderlich, bitte bei Punkt 6 fortsetzen.**

- nein ⇒ Wurden die Versicherungszeiten des / der Verstorbenen bereits festgestellt (zB 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 Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
  - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

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

von	bis	a) beschäftigt als ..... (Beruf) b) selbstständig 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) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat



**5.3 ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

- Hat der / die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Wurden für die / den Verstorbene(n) bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- 
- War der / die Verstorbene im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

- Hatte der / die Verstorbene seinen / ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

- Hat der / die Verstorbene Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

- Wurde die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- 
- Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf der Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr des / der Verstorbenen interessiert?  ja  nein

- 
- Hat der / die Verstorbene Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU / EWR-Staat erzogen?  ja  nein

**Hinweis bei männlichen Verstorbenen:**

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Hat jedoch der Kindes-, Adoptiv- oder Stiefvater das Kind / die Kinder tatsächlich und überwiegend erzogen, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

- 
- Hat die Verstorbene anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung erhalten?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen





**6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER / ZUR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / ZUM HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER**

- War die Ehe / eingetragene Partnerschaft im Zeitpunkt des Todes des / der Versicherten aufrecht?

ja => Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe / eingetragene Partnerschaft mit dem / der Versicherten im Zeitpunkt des Todes aufrecht war (weder geschieden noch aufgelöst oder für nichtig erklärt wurde), und dass ich mich seit dem Tode des / der Versicherten nicht wiederverehelicht habe bzw. keine neue Partnerschaft habe eintragen lassen.  
.....  
Unterschrift der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / des hinterbliebenen eingetragenen Partners

- nein => Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden / die eingetragene Partnerschaft aufgelöst bzw. für nichtig erklärt? (Bitte Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / der gerichtlichen Auflösungsentscheidung beilegen.)

..... Datum ..... zuständiges Gericht, Geschäftszahl

- Bestand im Zeitpunkt des Todes Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin auf Grund eines gerichtlichen Urteils oder Vergleiches bzw. einer vor Auflösung der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Vereinbarung ein Unterhaltsanspruch oder wurde ein Unterhalt geleistet?

nein  ja Seit wann? ..... Höhe des mtl. Unterhaltes: EUR .....

- Enthält das Scheidungsurteil / die gerichtliche Auflösungsentscheidung den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz / § 18 Abs. 3 Eingetragene Partnerschaft-Gesetz?  ja  nein

- Haben Sie sich nach der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft mit dem / der Verstorbenen neuerlich verhehlicht / in einer neuen Partnerschaft eintragen lassen?  ja  nein

- Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe / eingetragenen Partnerschaft einen Anspruch auf Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

**6.1 EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS**  
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung?  ja  nein

Wenn ja, .....  
Name und Anschrift des Dienstgebers

Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR .....

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen.)

- ja:  in einem Gewerbebetrieb  freiberuflich  
 als geschäftsführender Gesellschafter  Funktion  
 in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb  Beteiligung  
 auf Basis eines Werkvertrages  auf sonstige Art

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR.....

Name und Anschrift / Standort des Betriebes: .....

Genau Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:

.....

- nein, beendet seit .....



- Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen?  ja  nein

---

- Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?  ja  nein

Wenn ja, wo? ..... von - bis? .....

selbst bewirtschaftet  verpachtet  übergeben  gepachtet oder zugepachtet

**6.2 SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS**  
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (zB Krankengeld, Rehabilitationsgeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Umschulungsgeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Sozialministeriumservice (zB Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage, Administrativpension, Überbrückungszahlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**6.3 BUNDESPFLEGEGELD FÜR DIE WITWE / DEN WITWER / DIE HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN / DEN HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER**

- Beantragen Sie Pflegegeld, da Sie ständig der Betreuung und Pflege bedürfen?  ja  nein
- Beziehen Sie bereits Pflegegeld?  ja  nein

Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes?  ja  nein

- Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

ja .....  nein

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen




**7. ANGABEN ZUR WAISE / ZU DEN WAISEN**

**Werden nachstehende Fragen mit JA beantwortet, führen Sie bitte den Namen der jeweiligen Waise an!**

**7.1 EINKOMMEN**

Bezieht (Beziehen) die Waise(n) eine regelmäßig wiederkehrende Geldleistung (zB Pension, Rente) oder wurde eine solche Leistung beantragt?

nein

ja .....

Name der Waise	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....	.....
Name der Waise	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....	.....
Name der Waise	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....	.....
Name der Waise	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....	.....
Name der Waise	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....	.....

**7.2 BUNDESPFLEGEgeld**

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

nein

ja .....

Name der Waise	Name der Waise	Name der Waise
----------------	----------------	----------------

Bezieht (Beziehen) eine (mehrere) Waise(n) bereits Pflegegeld?

nein

ja .....

Name der Waise	Name der Waise	Name der Waise
----------------	----------------	----------------

Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes?

nein

ja .....

Name der Waise	Name der Waise	Name der Waise
----------------	----------------	----------------

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

nein

ja .....

Name der Waise, Art der Leistung
.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen

ja .....

Name der Waise, Art der Leistung
.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen

ja .....

Name der Waise, Art der Leistung
.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen



## 8. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG

Hat der / die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes **eine Eigenpension** bezogen?

ja

nein ⇒ Bitte nachstehende Erklärung unterfertigen:

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Witwen-, Witwer- und Waisenpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin, Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

## 9. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht für

die Witwe / den Witwer,  
die hinterbliebene eingetragene Partnerin /  
den hinterbliebenen eingetragenen Partner

die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – erst nach Einsendung des vom Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) ausgefertigten „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ möglich.

wird nicht gewünscht für

die Witwe / den Witwer,  
die hinterbliebene eingetragene Partnerin /  
den hinterbliebenen eingetragenen Partner

die Waise(n)

**Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

## 10. MELDEVERPFLICHTUNG

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

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 (zB Spitalsaufenthalt) – innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens sind binnen **sieben Tagen** (Waisen binnen **zwei Wochen**) zu melden.

**Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....  
Ort / Datum

.....  
Siegel und Unterschrift





Versicherungsnummer

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!  
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf des / der Verstorbenen zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes / der Kinder bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind / die Kinder **tatsächlich und überwiegend** erzo-gen hat.

Eine von Ihnen bzw. dem / der Verstorbenen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes bzw. der ersten fünf Lebensjahre der Kinder ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

### Als Kinder gelten:

### *Erforderliche Dokumente:*

#### **eheliche Kinder**

- Geburtsurkunde

### *Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:*

#### **uneheliche Kinder**

- nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis / Urteil)

#### **Wahl-(Adoptiv)kinder**

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

#### **Stiefkinder**

- Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

#### **Pflegekinder**

- nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des / der Erziehungsberechtigten



# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass

ich bzw.  die / der Verstorbene nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe (hat).



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familienname				
Vorname				
Versicherungsnummer / Geburtsdatum				
Ort der Geburt				
ehelich, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegekind?	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erziehung in Österreich in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• in der Zeit	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen



	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Erziehung außerhalb Österreichs	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Staat	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....	..... vom ..... bis .....
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw.berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versicherungsnummer / Geburtsdatum des anderen Elternteiles	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezog der andere Elternteil Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die / den Verstorbene(n).

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift