



┌ Eingelangt am: ┐

Antrag auf

└ ┘

WAISENPENSION für Kinder ab 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: 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 WAISE (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

ledig verheiratet verwitwet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft lebend hinterbliebene eingetragene Partnerin
 hinterbliebener eingetragener Partner aufgelöste eingetragene Partnerschaft

eheliches Kind uneheliches Kind adoptiertes Kind Stiefkind

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

.....
Ort Bundesland Land

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

Sind Sie Vollwaise? nein ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

3. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

	<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: 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) bzw. die Waise betreffen!



4. ANGABEN ZUM / ZUR VERSTORBENEN VERSICHERTEN

Wurden die Angaben zum / zur verstorbenen Versicherten (⇒ das sind Angaben über Bezüge und Leistungen, der Versicherungsverlauf sowie sonstige ergänzende Angaben wie zB über Beschäftigungszeiten im Ausland oder Zeiten der Kindererziehung) bereits im Zuge eines Antrages auf die Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner bzw. Waisenpension getätigt?

- ja ⇒ **die Beantwortung der weiteren Fragen in diesem Punkt ist nicht mehr erforderlich, bitte bei Punkt 5 fortsetzen.**
- nein ⇒ bitte beantworten Sie jede der nachfolgenden Fragen

4.1 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"/>	

- Hatte der / die Verstorbene einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz? ja nein
 Wenn ja, wo? von - bis?
 Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz?
- War der / die Verstorbene sonst selbstständig erwerbstätig? ja nein
 Wenn ja, wo? von - bis?
 Welcher Art?



4.2 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



4.3 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



5. ANGABEN ZUR WAISE

5.1 GRUND DER ANTRAGSTELLUNG AUF WAISENPENSION

Schulausbildung

Schule:
(Schulbesuchsbestätigung beilegen)

Beginn: Voraussichtliche Dauer bis:

Nach Beendigung der Schulausbildung wird beabsichtigt:

• die Ableistung des Präsenzdienstes nein ja
(voraussichtlich von – bis)

• die Aufnahme einer weiteren Ausbildung

nein ja ➤ Bitte die unten angeführten Punkte Studium oder Berufsausbildung
entsprechend ausfertigen.

Studium

Universität, Fachhochschule, Akademie:
(Studienbestätigung bzw. Fortsetzungsbestätigung beilegen)

Beginn: Voraussichtliche Dauer bis:

Bezieher(in) der Familienbeihilfe:
Familiennamen Vorname Versicherungsnummer

Berufsausbildung / Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz

Beginn: Voraussichtliches Ende:
(Lehrvertrag und Bestätigung über die Höhe der Nettolehrlingsentschädigung / Vereinbarung beilegen)

Erwerbsunfähigkeit

Wegen:
(Ärztliche Bestätigung über Art und Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung beilegen)

5.2 EINKOMMEN

• Beziehen Sie eine regelmäßig wiederkehrende Geldleistung (zB Pension, Rente) oder wurde eine solche Leistung beantragt?

ja nein
auszahlende Stelle, Aktenzeichen

• Wird (wurde) eine Erwerbstätigkeit ausgeübt bzw. ein Berufspraktikum im Rahmen des Lehrplanes absolviert?

ja nein
(Dienstgeberbestätigung über Art der Tätigkeit, Anzahl der Wochenstunden und Höhe des Brutto- und Nettoeinkommens beilegen)

• Wird (wurde) eine sonstige Leistung bezogen oder beantragt?

ja nein
(zB Arbeitslosengeld, eine Geldleistung nach dem AMSG, Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld, Kinderbetreuungsgeld; Bestätigung beilegen)



5.3 BUNDESPFLEGEgeld

- 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 beantragten 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

6. 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 Waisenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Waisenpension als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

7. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht.

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. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

8. 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 **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
	seit	seit	seit	seit
Pflegekind?	<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
	seit	seit	seit	seit
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	vom	vom	vom
	bis	bis	bis	bis
	vom	vom	vom	vom
	bis	bis	bis	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
Bezogen 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