



# PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich  
Telefon: 05 03 03  
Telefax: 05 03 03-238 91



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer des Versicherten	Geburtsdatum

Eingelangt am:	

## Antrag auf

### Weiter(Selbst)versicherung in der Pensionsversicherung

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

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:  ledig       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 (der) Gatten (Gattin) / 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	
.....	.....	

## 2. 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 / Nachname: ..... Vorname: .....

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

## 3. VERSICHERUNGSBEGINN UND ZAHLUNGSART

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

Die Beiträge möchte ich  fortlaufend  nur für jeden zweiten  für jeden ..... Monat entrichten.

Ich wähle die Zahlungsart  Einziehungsauftrag  Zahlschein

## 4. FRAGEN ZUR WEITER(SELBST)VERSICHERUNG (Nachweise sind beizulegen)

4.1 Sind Sie erwerbstätig?  ja  nein

unselbstständig .....  
Dienstgeber (Name und Anschrift)

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

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

4.3 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

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

Zuständiges Arbeitsmarktservice: .....

4.5 Beziehen Sie Krankengeld?  ja  nein

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

Von welcher Stelle: ..... Aktenzeichen: .....

- 4.7 Haben Sie sonstige Einkünfte?  ja  nein  
Art der Einkünfte (zB aus geringfügiger Beschäftigung, Vermietung, Verpachtung etc.) .....  
.....
- 4.8 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: .....
- 4.9 Beziehen Sie einen Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss?  ja  nein  
Auszahlende Stelle: .....
- 4.10 Beziehen Sie eine Geldleistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung?  ja  nein

## 5. 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 (eigenen und des Ehepartners / der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin) abhängig.

**Sie werden daher um Einsendung Ihrer Einkommensnachweise und Beantwortung folgender Fragen ersucht:**

- 5.1 Bezieht Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin eigene Einkünfte / Pension?  ja  nein  
Wenn ja, bitte Nachweise vorlegen.
- 5.2 Sind Sie oder Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin einem oder mehreren Kindern gegenüber unterhaltspflichtig?  ja  nein  
Wenn ja, bitte Geburtsurkunde(n) vorlegen. Sollte sich Ihr Kind über das 18. Lebensjahr hinaus in Ausbildung befinden, ersuchen wir um diesbezügliche Nachweise (zB Schulbesuchsbestätigung etc.).
- 5.3 Sind Sie oder Ihr Ehepartner / Ihre Ehepartnerin / Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin anderen Personen gegenüber unterhaltspflichtig?  ja  nein  
Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe der Unterhaltszahlung und um Vorlage von Nachweisen für die Zahlungsverpflichtung (zB gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt).
- 5.4 Erhalten Sie Unterhalt?  ja  nein  
Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe des Unterhalts und um Vorlage von Nachweisen über den Unterhalt (zB gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt).  
Ist der geschiedene Ehepartner / die geschiedene Ehepartnerin / der Partner bzw. die Partnerin nach aufgelöster eingetragener Partnerschaft Ihnen gegenüber **nicht** unterhaltspflichtig, bitten wir um Vorlage diesbezüglicher Nachweise (zB Scheidungsurteil, gerichtliche Auflösungsentscheidung, Vergleichsausfertigung oder Gerichtsbeschluss).  
Sollten diese Nachweise nicht erbracht werden können, bitten wir, uns auch dies bekannt zu geben.

### EINKOMMENSNACHWEISE

Bei selbstständiger oder ähnlicher Tätigkeit den letzten Einkommenssteuerbescheid, bei unselbstständiger Erwerbstätigkeit eine Gehalts- oder Lohnbestätigung über ein Monat, 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 bzw. das Ihres Ehepartners / Ihrer Ehepartnerin / Ihres eingetragenen Partners / Ihrer eingetragenen Partnerin.

**Wir weisen darauf hin, dass eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage Auswirkungen auf Ihr Pensionskonto hat und zu einer niedrigeren Pensionsleistung führen kann!**

**6. ANGABEN ZUR BEGÜNSTIGTEN WEITER(SELBST)VERSICHERUNG FÜR PFLEGEPERSONEN**

Pflegen Sie einen nahen Angehörigen / eine nahe Angehörige mit Anspruch auf Pflegegeld in der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7?  ja  nein

Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, um einen nahen Angehörigen / eine nahe Angehörige zu pflegen?  ja  nein

Inwieweit wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflege beansprucht?  gänzlich  erheblich

Familienname / Nachname und Vorname des zu pflegenden Angehörigen / der zu pflegenden Angehörigen:  
.....

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum: .....

wohnhaft in: .....

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

Angehörigeneigenschaft: .....  
(zB Kind, Ehepartner, Ehepartnerin, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin, Mutter, Bruder, Lebensgefährte, Lebensgefährtin)

**Hinweis:** Die begünstigte Weiter(Selbst)versicherung ist nicht nur für die Pflege des eigenen Angehörigen / der eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten / einer Lebensgefährtin, sowie mit diesen verschwägerten Personen möglich.  
(hierfür ist ein Meldenachweis über die Hausgemeinschaft erforderlich)

Hat der Angehörige / die Angehörige Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7 nach dem Bundespflegegeldgesetz bzw. Landespflegegeldgesetz?  ja  nein

Seit ..... in der Stufe  1  2  3  4  5  6  7

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

**Bitte Nachweise beilegen.**

Seit wann wird der Angehörige / die Angehörige von Ihnen gepflegt? .....

Wird der Angehörige / 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

Wurde eine Vereinbarung über eine 24-Stunden-Pflege getroffen?  ja  nein  
(wenn ja, bitte Vertrag in Kopie übermitteln)

Wird ein öffentlicher Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege geleistet?

ja, von .....

im Ausmaß von .....

nein

Sollten Sie selbst zusätzliche Pflegeleistungen erbringen, wird ersucht eine entsprechende Aufstellung diesem Formblatt beizulegen.

**7. VERSICHERUNGSVERLAUF**

Wurden die Versicherungszeiten 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 Kranken- / Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- der Kindererziehung
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- des Präsenz- / Zivil- oder Ausbildungsdienstes
- des Schulbesuches bzw. des Studiums

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

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

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Pensionsversicherungsanstalt das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:



# PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich  
Telefon: 05 03 03 Telefax: 05 03 03-238 91



Creditor-ID: AT10ZZZ00000001599

**Mandatsreferenz:** wird nach Antragstellung vergeben

## INFORMATION

Wir möchten Sie auf unser **Service des Einziehungsverfahrens mittels 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 in Anspruch nehmen wollen, ersuchen wir Sie, den nachstehenden Einziehungsauftrag (SEPA-Lastschrift) vollständig auszufüllen.**

Die Einziehung erfolgt in weiterer Folge nicht vor dem 10. des jeweiligen Kalendermonats. Ab diesem Zeitpunkt ist Ihrerseits auf die Deckung des Kontos zu achten.

⇒ Übernimmt zB Ihr Ehepartner, Ihre Ehepartnerin, Ihr eingetragener Partner, Ihre eingetragene Partnerin oder eine andere Person die Kosten der Beitragszahlung, so ist in der Einzugsermächtigung das Bankkonto des Auftraggebers / der Auftraggeberin anzuführen. **In diesem Fall hat der Auftraggeber / die Auftraggeberin nach dem oben genannten Zeitrahmen für die Deckung des Kontos zu sorgen.**

**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.



### SEPA Lastschrift-Mandat

**Creditor-ID:** AT10ZZZ00000001599

**Zahlungsempfänger:** Pensionsversicherungsanstalt  
1021 Wien, Friedrich-Hillegeist-Straße 1

**Mandatsreferenz:** wird nach Antragstellung vergeben

**Name des/der Versicherten:**  
.....

**Abteilung: HVBA / VSNR:** .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Pensionsversicherungsanstalt, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: .....

Adresse des Kontoinhabers: .....

Name der Bank: .....

**IBAN:** ..... **BIC (SWIFT-Code):** .....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift