



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am:

L

Antrag auf

ERFASSUNG DER VERSICHERUNGSZEITEN

GILT NICHT ALS PENSIONSANTRAG

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

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

Familienname: 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 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



Information für Antragsteller / Antragstellerinnen

Füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus. Jede Unvollständigkeit Ihrer Angaben kann zu Erhebungen und Rückfragen führen und verzögert somit das Feststellungsverfahren.

Alle Dokumente sind im Original, Fotokopie oder beglaubigter Abschrift beizubringen.

Die Vorlage ist **nicht erforderlich**, wenn die Dokumente **bereits** in einem früheren Verfahren **vorgelegt** wurden.

! Gemäß § 110 ASVG werden sämtliche Dokumente, Vollmachten u. dgl. für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden g e b ü h r e n f r e i ausgestellt. !

Erforderliche Dokumente:

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Heiratsurkunde(n) ➤ Urkunde über die eingetragene Partnerschaft ➤ Staatsbürgerschaftsnachweis

Bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbstständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), der Anstalts-(Heilstätten)pflege, des Urlaubes gegen Entfall des Arbeitsentgeltes aus Anlass der Mutterschaft (Karenzurlaub), des Bezuges von Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld oder Übergangsgeld **ab Vollendung des 14. Lebensjahres** in der richtigen zeitlichen Reihenfolge **lückenlos** anführen.

Der Beruf ist nicht allgemein mit „Arbeiter / Arbeiterin“ oder „Angestellter / Angestellte“ anzugeben, sondern genauer zu bezeichnen,

zB Schlosser / Schlosserin, Bauhilfsarbeiter / Bauhilfsarbeiterin, Mithilfe in der elterlichen Landwirtschaft / im elterlichen Gewerbebetrieb, Techn. Zeichner / Zeichnerin, Buchhalter / Buchhalterin, Verkäufer / Verkäuferin, Diplomkrankenpfleger / Diplomkrankenpflegerin.

Sollten Sie keine Nachweise für die von Ihnen angeführten Beschäftigungszeiten besitzen, ersuchen wir, **keinesfalls von sich aus** beim jeweiligen Krankenversicherungsträger oder beim Dachverband der Sozialversicherungsträger diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen über Beschäftigungszeiten werden **ausnahmslos** vom zuständigen Pensionsversicherungsträger durchgeführt.

<i>Beispiel:</i>			
1.6.1968	30.9.1969	Mithilfe im elterl. Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1
1.10.1969	30.6.1970	Präsenzdienst	
1.7.1970	31.12.1973	Stahlbauschlosserlehrling	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.1.1974	31.7.1996	Stahlbauschlosser	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.8.1996	laufend	Werkmeister	Fa. KMB Metallbau, Wien 21, Schererstr. 16

Erforderliche Nachweise:

- Schulzeit ➤ Schulzeugnisse ab dem 15. Lebensjahr
- Studium ➤ Studienbücher, Promotionsurkunde
- Lehrzeit ➤ Lehrvertrag, Lehrzeugnis, Gesellenbrief etc.
- Zivildienst ➤ Nachweis über Zivildienst

Das Antragsformblatt kann bei allen Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt oder bei einem unserer Sprechtag, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (zB Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (zB Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns im Sinne des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgen nur, soweit dies zur Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben für uns selbst oder für eine uns um Verwaltungshilfe ersuchende Stelle (Sozialversicherungsträger, Gericht, Verwaltungsbehörde) eine wesentliche Voraussetzung bildet.



2. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden Ihre 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 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



3. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF

- Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen
- Wurden für Sie bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

- Waren Sie im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?
 ja nein
Staat(en)
- Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?
 ja nein
Staat(en)
- Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?
 ja nein
Staat(en)
- Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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

- Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU / EWR-Staat erzogen? ja nein

Hinweis für männliche Versicherte:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Wenn jedoch Sie selbst das Kind / die Kinder tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

Von weiblichen Versicherten auszufüllen:

- Erhielten Sie anlässlich einer Eheschließung einen Einstellungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? ja nein

Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung? ja nein

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

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass **dieser Antrag keinen Pensionsantrag darstellt.**

.....
Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Beilagen:





Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf der / des 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. der / dem 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 / Urkunde über die eingetragene Partnerschaft 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
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