



## 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 gebührenfrei 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, Diplomkrankenschwäger / Diplomkrankenschwägerin.

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

### **Erforderliche Nachweise:**

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

Unter welchen Voraussetzungen eine Tätigkeit als Schwerarbeit nach der Schwerarbeitsverordnung gilt, ist dem beiliegenden Informationsblatt zu entnehmen.

Allenfalls in Ihrem Besitz befindliche Unterlagen, die das Vorliegen einer Schwerarbeitszeit belegen (zB Dienstgeberbestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibung, Schichtpläne usw.), sind dem Antrag beizulegen.

Das Antragsformblatt kann bei allen Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt oder bei einem unserer Sprechtag, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (zB Krankenkassen) 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 eine uns um Verwaltungshilfe ersuchende Stelle (Sozialversicherungsträger, Gericht, Verwaltungsbehörde) eine wesentliche Voraussetzung bildet.



**Beispiel:**

Männlicher Versicherter, geboren 3.2.1953 (**40. Lebensjahr** 3.2.1993)



von	bis	a) beschäftigt als ..... (genaue Berufsangabe) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat	Glauben Sie (für <b>weibliche Versicherte</b> ab Vollendung des <b>35. Lebensjahres</b> , für <b>männliche Versicherte</b> ab Vollendung des <b>40. Lebensjahres</b> ) <b>Schwerarbeit</b> geleistet zu haben?	Wurden Tätigkeiten (für weibliche Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres, für männliche Versicherte ab Vollendung des 40. Lebensjahres) ausgeübt, die dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegen?
11.7.1967	30.9.1968	Mithilfe im elterlichen Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.10.1968	30.6.1969	Präsenzdienst		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.7.1969	31.12.1980	Tunnelarbeiter	Stollen- und Tunnelbau GmbH, Gloggnitz, Wienerstraße 10	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.1.1981	2.2.1993	Bauhilfsarbeiter	Walzer GmbH, Stockerau, Hauptstr. 4	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.2.1993 <b>(40. Lebensjahr)</b>	15.3.2003	Bauhilfsarbeiter	Walzer GmbH, Stockerau, Hauptstr. 4	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: <u>  4  </u>	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.3.2003	laufend	Verkäufer in einem Baumarkt	Baumarkt Huber, Neulengbach Strausgasse 5	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

## 2. VERSICHERUNGSVERLAUF

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Fragen und Hinweise sowie das

- Informationsblatt zur Schwerarbeitsverordnung

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

- ja    ⇨    Ergänzen Sie bitte alle Zeiten (inkl. aller Tätigkeiten, die dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegen) **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung.**
- nein    ⇨    Führen Sie bitte alle Zeiten
- einer Erwerbstätigkeit (inkl. aller Tätigkeiten, die dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegen)
  - 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.

### Folgendes ist zu beachten:

- Der Versicherungsverlauf ist **jedenfalls** für weibliche Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres bzw. für männliche Versicherte ab Vollendung des 40. Lebensjahres **vollständig und lückenlos** auszufüllen.
- Bitte führen Sie – wenn möglich – jeweils die entsprechende Ziffer nach der Schwerarbeitsverordnung an (nähere Erläuterungen beinhaltet das beiliegende Informationsblatt zur Schwerarbeitsverordnung).

Als <b>Schwerarbeit</b> gelten alle Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden,	
in <b>Schicht- oder Wechseldienst</b> , wenn dabei auch Nachtdienst geleistet wird    ⇨ <b>Ziffer 1</b>	als <b>schwere körperliche Arbeit</b> ⇨ <b>Ziffer 4</b>
regelmäßig unter <b>Kälte oder Hitze</b> ⇨ <b>Ziffer 2</b>	zur <b>berufsbedingten Pflege</b> von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Pflegebedarf    ⇨ <b>Ziffer 5</b>
unter <b>chemischen oder physikalischen Einflüssen</b> ⇨ <b>Ziffer 3</b>	<b>trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit</b> von mindestens 80 %, sofern für die Zeit ab 1.7.1993 ein Pflegegeldanspruch zumindest der Stufe 3 besteht    ⇨ <b>Ziffer 6</b>
sowie alle Tätigkeiten, die dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegen.	





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

von	bis	a) beschäftigt als ..... (genaue Berufsangabe) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat	Glauben Sie (für <b>weibliche Versicherte</b> ab Vollendung des <b>35. Lebensjahres</b> , für <b>männliche Versicherte</b> ab Vollendung des <b>40. Lebensjahres</b> ) <b>Schwerarbeit</b> geleistet zu haben?	Wurden Tätigkeiten (für weibliche Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres, für männliche Versicherte ab Vollendung des 40. Lebensjahres) ausgeübt, die dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegen?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



von	bis	a) beschäftigt als ..... (genaue Berufsangabe) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen .....	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat	Glauben Sie (für <b>weibliche Versicherte</b> ab Vollendung des <b>35. Lebensjahres</b> , für <b>männliche Versicherte</b> ab Vollendung des <b>40. Lebensjahres</b> ) <b>Schwerarbeit</b> geleistet zu haben?	Wurden Tätigkeiten (für weibliche Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres, für männliche Versicherte ab Vollendung des 40. Lebensjahres) ausgeübt, die dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegen?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 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)

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
	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