Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

PENSIONSVERSICHERUNG

ANTRAG

AUF ZUERKENNUNG EINER

Hinterbliebenenpension

(Bitte begehrte Leistung ankreuzen!)

Eingangsstempel

(in **BLOCKSCHRIFT):**

FAMILIENNAME:	**VORNAME:**

I. Ich beantrage aus der gesetzlichen Pensionsversicherung die

Versicherungsnummer:

- ☐ **Witwenpension** ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐
- ☐ **Witwerpension** ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐
- ☐ **Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin** ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐
- ☐ **Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner** ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐
- ☐ **Waisenpension** ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

Versicherungsnummer (VSNR) des (der) Verstorbenen ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

BITTE BEACHTEN SIE:

Der Pensionsbeginn ist vom Zeitpunkt des Einlangens des Pensionsantrages bei der Versicherungsanstalt abhängig. Das ausgefertigte Formular ist daher auch dann ehestens an die Versicherungsanstalt weiterzuleiten, wenn nicht alle erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) vorhanden sind. Fehlende Unterlagen sind **umgehend** nachzusenden (***Kopie ausreichend!***)

HBA001

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter **www.bvaeb.at**

A. Personaldaten des (der) verstorbenen Versicherten (in Blockschrift)

1. Familienname und Vorname (Familienname vor der ersten Eheschließung):

.....

..... Geschlecht:
(Geburtsurkunde des (der) Versicherten beischließen.) ☐ männlich ☐ weiblich

2. Geboren am: .....in .....

Staatsangehörigkeit: .....
(Staatsbürgerschaftsurkunde beischließen)

3. Verstorben am (Sterbeurkunde beischließen): .....

Todesursache: .....

4. Personenstand zur Zeit des Todes:
Bitte auswählen

5. Falls der (die) Verstorbene mehrmals verheiratet war:

Name des 1. Ehegatten / der 1. Ehegattin .....

Datum der Eheschließung: ..... Datum der Scheidung - des Todes: .....

Name des 2. Ehegatten / der 2. Ehegattin .....

Datum der Eheschließung: ..... Datum der Scheidung - des Todes: .....
(Heirats-, Scheidungs- und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen.)

Falls der (die) Verstorbene mehrmals in einer eingetragenen Partnerschaft war:

Name des 1. Partners / der 1. Partnerin .....

Datum der Eintragung: .....

Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes: .....

Name des 2. Partners / der 2. Partnerin .....

Datum der Eintragung: .....

Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes: .....
(Partnerschaftsurkunde, gerichtliche Auflösungsentscheidung und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen)

B. Angaben zum (zur) verstorbenen Versicherten

1. Ist der Tod des (der) Versicherten die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? ☐ JA ☐ NEIN

2. Ist der Tod durch Dritte verursacht worden?

☐ NEIN ☐ JA .....
Datum

.....
Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? ☐ JA ☐ NEIN

zuständiges Gericht: .....

Geschäftszahl: ....

3. Bezog der (die) Verstorbene eine Leistung des Sozialministeriumservice? ☐ JA ☐ NEIN
Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

4. Bezog der (die) Verstorbene eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

5. Bezog der (die) Verstorbene eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

6. Bezog der (die) Verstorbene Leistungen von inländischen Pensionskassen? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Pensionskasse? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

C. WAHRHEITSGEMÄSSE ERKLÄRUNG ZUR FESTSTELLUNG DER HINTERBLIEBENENPENSION

Sehr geehrte Frau! **Sehr geehrter Herr!**

Die Hinterbliebenenpension beträgt zwischen 0 und 60 Prozent der Pension, auf die der (die) verstorbene Versicherte Anspruch gehabt hat oder hätte. Für die Ermittlung des individuellen Prozentsatzes der Hinterbliebenenpension ist unter anderem die Bildung einer Berechnungsgrundlage für den (die) Hinterbliebene(n) als auch für den (die) Verstorbene(n) erforderlich. Maßgebend für die Höhe der Berechnungsgrundlage ist das Einkommen des (der) Hinterbliebenen und des (der) verstorbenen Versicherten in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des Versicherten.

Um die Höhe der Berechnungsgrundlage(n) feststellen zu können, ersuchen wir Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, den Fragebogen zu unterfertigen und entsprechende Unterlagen beizulegen. Sollten Sie keine entsprechenden Nachweise besitzen, ersuchen wir, keinesfalls von sich aus bei den jeweiligen Stellen (Dienstgeber, Krankenversicherungsträger, ausländischer Versicherungsträger, etc.) Erhebungen einzuleiten. Diese werden bei Bedarf von der BVAEB durchgeführt.

Die Fragen betreffen den Zeitraum der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Tod des (der) Versicherten (z.B. Tod am 15.07.2021; daher maßgeblicher Zeitraum 1.1.2019 bis 31.12.2020) und es sind sowohl inländische als auch ausländische Einkünfte mit allen Änderungen anzugeben.

Einkünfte des (der) verstorbenen Versicherten
Ist das Einkommen des (der) Verstorbenen in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Tod wegen Krankheit, Arbeitslosigkeit oder einer durch Krankheit verursachten Einschränkung der Erwerbstätigkeit gesunken?

☐ ja, führen Sie bitte die Einkünfte des (der) Verstorbenen in den letzten 4 Jahren vor dem Tod an
☐ nein, führen Sie bitte die Einkünfte des (der) Verstorbenen in den letzten 2 Jahren vor dem Tod an

Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Angaben zu Verzögerungen und Rückfragen führen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Leistungen die von der BVAEB ausbezahlt werden, müssen nicht angeführt werden!

ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES (DER) VERSTORBENEN
Pensions-/Rentenansprüche von einem anderen Versicherungsträger: ☐ ja ☐ nein	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto EUR ..... mtl. netto EUR	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto EUR ..... mtl. netto EUR .....
☐ Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger) ☐ Unfallversicherungsträger ☐ ausländischer Versicherungsträger Anzahl der Bezüge pro Jahr	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto EUR ..... mtl. netto EUR	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto EUR ..... mtl. netto EUR ....
Ruhe- / Versorgungsgenuss ☐ aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis ☐ keine solche Leistung	Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto EUR ..... mtl. netto EUR	Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto EUR ..... mtl. netto EUR .....

ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES (DER) VERSTORBENEN
Unselbstständige Erwerbstätigkeit: ☐ ja ☐ nein Dienstgeber	Zeitraum der Erwerbstätigkeit von/bis:	Zeitraum der Erwerbstätigkeit von/bis: ....
Lohn / Gehalt	☐ wöchentlich ☐ monatlich Brutto EUR	☐ wöchentlich ☐ monatlich Brutto EUR .....
Sachbezüge anstelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
Art und Ausmaß	.....	.....
Bitte Einkommensnachweis beilegen.		
Selbstständige Erwerbstätigkeit: ☐ ja ☐ nein	Art / Funktion ..... Standort	Art / Funktion ..... Standort .....
(Geschätzte) Einkünfte im Kalenderjahr	..... EUR	..... EUR .....
Bitte Einkommensnachweis beilegen.		
Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse:		
Eigengrund: selbst bewirtschaftet (gepachtet) ☐ ja ☐ nein	Aktenzeichen Einheitswert Anteil	Aktenzeichen Einheitswert Anteil
Bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen.		
Sonstige Leistungen wie: ☐ Krankengeld ☐ Wochengeld ☐ Tag- oder Familiengeld ☐ Arbeitslosengeld ☐ Notstandshilfe ☐ Weiterbildungsgeld ☐ Rehabilitationsgeld ☐ Sonderunterstützung ☐ Übergangsgeld bzw.Umschulungsgeld ☐ Pensionsvorschuss ☐ Andere Leistungen	Auszahlende Stelle .... von/bis: .... tgl. EUR ..... mtl. EUR ..... mtl. EUR	Auszahlende Stelle .... von/bis: .... tgl. EUR ..... mtl. EUR ..... mtl. EUR .....
Bitte Nachweise über Einkünfte beilegen.		
Sonstige Einkünfte: ☐ ja ☐ nein ☐ Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen	auszahlende Stelle / mtl. EUR	auszahlende Stelle / mtl. EUR
Bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen.		

Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis dass die auf Grund meiner Angaben zu Unrecht ausgezahlten Leistungen zurückgefordert werden.

D. Versicherungs(Beschäftigungs)verlauf des (der) verstorbenen Versicherten

Falls der(die) Verstorbene bereits eine Pension bezogen hat, ist die Beantwortung der weiteren Fragen unter Punkt D. und ab Punkt E.2. nicht mehr erforderlich, bitte bei Punkt F. fortsetzen!

(Führen Sie bitte alle Zeiten einer Erwerbstätigkeit, Kranken-/Wochengeldbezug oder Arbeitslosigkeit 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

E. Ergänzende Fragen zum Versicherungsverlauf

1. Hat der (die) verstorbene Versicherte **während des Pensionsbezuges** eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt? (Allfällige Zeiten unbedingt detailliert im Versicherungsverlauf des (der) Verstorbenen angeben!)
   ☐ JA
   ☐ NEIN

2. Wurden für den (die) verstorbene(n) Versicherte(n) wegen Ausscheidens aus einem Beamtenverhältnis Beiträge zur Pensionsversicherung nachentrichtet oder wurde ein Überweisungsbetrag gemäß § 311 ASVG geleistet?
   Für welchen Zeitraum und an welchen Versicherungsträger:
   ☐ JA
   ☐ NEIN

   .....

3. Hat der (die) verstorbene Versicherte die Pensionsversicherung freiwillig fortgesetzt?
   Für welchen Zeitraum und an welchen Versicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?
   ☐ JA
   ☐ NEIN

   .....

4. Hat der (die) Versicherte eine Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes? ☐ JA ☐ NEIN
Für welchen Zeitraum und bei welchem Versicherungsträger?

.....

5. Wurde für den (die) verstorbene(n) Versicherte(n) bereits ein Verfahren zur rückwirkenden Erfassung des Versicherungsverlaufes (REV-Verfahren) durchgeführt? ☐ JA ☐ NEIN

Von welchem Pensionsversicherungsträger? .....
(REV-Mitteilung beischließen!)

6. **Nur bei verstorbenen weiblichen Versicherten zu beantworten:**

Hat die verstorbene Versicherte anlässlich einer Eheschließung die Gewährung eines **Ausstattungsbetrages** bzw. einer **Beitragserstattung** beantragt? ☐ JA ☐ NEIN

Bei welchem Versicherungsträger? .....

Aktenzeichen? .....

7. Hat der (die) Verstorbene Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)? .....

Wurden ausländische Versicherungszeiten bereits festgestellt? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, bitte Aktenzeichen und Versicherungsträger anführen .....

Höhe der Leistung .....

Hatte der (die) Verstorbene jemals einen ordentlichen Wohnsitz im Ausland, ohne dort beschäftigt gewesen zu sein? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)? .....

F. Daten der (des) antragstellenden Hinterbliebenen

1. Familienname und Vorname (Familienname vor der ersten Eheschließung):

   .....

   .....

   (Geburtsurkunde und Heirats- bzw. Partnerschaftsurkunde beischließen.)

2. Geboren am: ..... in .....

   Staatsangehörigkeit: .....
   (Staatsbürgerschaftsurkunde beischließen)

3. Anschrift:

   .....
   Postleitzahl: Ort: Straße: Nr.:

   Telefonisch erreichbar unter: .....

4. Die Ehe/eingetragene Partnerschaft mit dem (der) Versicherten wurde am .....

   beim Pfarramt - Standesamt ..... geschlossen/eingegangen.

5. Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit:

   .....

6. **War die Ehe/eingetragene Partnerschaft zum Zeitpunkt des Todes aufrecht?** ☐ JA ☐ NEIN
   Bei Beantwortung mit JA, bitte nachfolgende Erklärung unterschreiben:

   Ich erkläre wahrheitsgemäß und bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Ehe/ eingetragene Partnerschaft mit dem (der) Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes aufrecht war.

   .....
   Unterschrift

7. Bei geschiedener Ehe/aufgelöster eingetragener Partnerschaft:
   a) Wann und von welchem Gericht wurde die Ehe geschieden/die eingetragene Partnerschaft aufgelöst?

      ……..……..……..
      (Scheidungsurkunde/gerichtliche Auflösungsentscheidung beischließen.)
   b) Hatte Ihnen der (die) Verstorbene auf Grund eines gerichtlichen Urteils, eines Vergleiches oder einer außergerichtlichen Vereinbarung im Zeitpunkt des Todes Unterhalt zu leisten? ☐ JA ☐ NEIN
   c) Hatte Ihnen der (die) Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes Unterhalt geleistet, der nicht auf Grund einer gerichtlichen oder außergerichtlichen Vereinbarung zustande kam? ☐ JA ☐ NEIN

   In welcher monatlichen Höhe wurde der Unterhalt geleistet? EUR .....
   (Urteil oder Vertrag und letzten Zahlungsabschnitt beischließen.)

8. a) Waren Sie **vor** der Ehe mit dem (der) Versicherten bereits einmal verheiratet? ☐ JA ☐ NEIN
b) Haben Sie sich **nach** der Ehe mit dem (der) Versicherten wiederverehelicht? ☐ JA ☐ NEIN
c) Waren Sie **vor** der eingetragenen Partnerschaft mit dem (der) Versicherten bereits einmal in einer eingetragenen Partnerschaft? ☐ JA ☐ NEIN
d) Sind Sie **nach** der eingetragenen Partnerschaft mit dem (der) Versicherten erneut eine eingetragene Partnerschaft eingegangen? ☐ JA ☐ NEIN

9. Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe/eingetragenen Partnerschaft einen Anspruch auf Hinterbliebenenpension?

☐ JA .....
Versicherungsträger, Aktenzeichen

☐ NEIN

10. Haben Sie Anspruch auf ein Ausgedinge? ☐ JA ☐ NEIN

Aus welchen Leistungen besteht dieses Ausgedinge?

Seit wann? .....

(Notariatsakt oder Grundbuchauszug beilegen!)

11. eine Leistung des Sozialministeriumservice? ☐ JA ☐ NEIN

Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

12. eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? ☐ JA ☐ NEIN

Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

13. eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? ☐ JA ☐ NEIN

Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

14. Leistungen von inländischen Pensionskassen? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Pensionskasse? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

G. Bundespflegegeld

1. Beantragen Sie Pflegegeld, da Sie ständig der Betreuung und Hilfe bedürfen? ☐ JA ☐ NEIN

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

☐ JA ..... ☐ NEIN
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

2. Beantragen Sie die Erhöhung des Pflegegeldes? ☐ JA ☐ NEIN

H. Daten der Waise(n)

PERSONALDATEN DER WAISEN, FÜR DIE EINE LEISTUNG BEANTRAGT WIRD:			
Familienname	Vorname	geboren am	ehelich, legitimiert, adoptiert, unehelich, Stiefkind*)

1. Welche Waisen sind a) Halbwaisen? .....

   b) Vollwaisen? .....

Anschrift der Waise(n):

.....

.....

.....

.....

Waisenpension gebührt grundsätzlich **KINDERN** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Als Kinder gelten: die ehelichen, unehelichen legitimierten Kinder;

die Wahl(Adoptiv)kinder;

die Stiefkinder, wenn sie ständig mit dem (der) Versicherten in Hausgemeinschaft gelebt haben.

Bitte Geburtsurkunde(n), Legitimierungsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkenntnis beifügen.

Über das 18. Lebensjahr hinaus gebührt eine **WAISENPENSION,** wenn und solange das Kind

a) sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder eine Freiwilligentätigkeit ausübt, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne der Bestimmungen des Familienlastenausgleichgesetzes 1967 betreiben;

b) seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des unter Punkt a) genannten Zeitraumes **infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig** ist.

2. **Welches Einkommen bezieht (beziehen) die Waise(n) bzw. wurde oder wird für die Waisen beantragt?**

a) eine Waisenpension aus der Pensionsversicherung? ☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....

Von welcher Stelle, während welcher Zeit und in welcher Höhe?

.....

b) eine Rente aus der Unfallversicherung (Versehrtenrente oder Waisenrente)? ☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....
Von welcher Anstalt, während welcher Zeit und in welcher Höhe?

.....

c) eine Versorgungsleistung von den Österreichischen Bundesbahnen, vom Bund, von einem Land oder einer Gemeinde auf Grund einer Dienstleistung des (der) verstorbenen Versicherten?

☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....
Von welcher Stelle und in welcher Höhe?

.....

d) eine Leistung des Sozialministeriumservice? ☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....
Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

e) eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? ☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

f) eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? ☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

g) eine Leistung von einer ausländischen Stelle? ☐ JA ☐ NEIN

Name der Waise(n): .....

Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

.....

Von welcher Art? .....

h) Welches andere Einkommen hat (haben) die Waise(n)?

Name der Waise(n): .....
Art und Höhe des Einkommens?

.....

Allfällige Nachweise zu a) bis h) beischließen.

I. Bundespflegegeld für die Waise(n)

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

☐ JA ☐ NEIN

.....	.....	.....
Name der Waise	Name der Waise	Name der Waise

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

☐ JA ..... ☐ NEIN

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

Ist/Sind die Waise(n) gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?

☐ JA ☐ NEIN

Beantragt (Beantragen) diese Waise(n) die Erhöhung des Pflegegeldes? ☐ JA ☐ NEIN

Hinweis zur Antragstellung

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Hinterbliebenenpension als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

Sofern über einen gestellten Leistungs(Pflegegeld)antrag des (der) Versicherten noch nicht entschieden wurde, beantrage ich die **Fortsetzung des Verfahrens.**

Anweisung

Nützen Sie die Vorteile einer bargeldlosen Pensionszahlung und beantragen Sie bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl ein PENSIONSKONTO!

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

☐ wird gewünscht für ☐ die Witwe/den Witwer ☐ den (die) eingetragene(n) PartnerIn

☐ die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist - auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto - nur über **"Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung"** bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

☐ wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

Ausfüllen, wenn die versicherte Person den Antrag nicht selbst stellt:

	Nachweis* liegt bei	wird nachgereicht
☐ **Mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person** (Sachwalter(in), Eltern minderjähriger Kinder oder andere mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigte(r), gewählte(r), gesetzliche(r) oder gerichtliche(r) Erwachsenenvertreter(in), Kurator(in))	☐	☐
☐ **Bevollmächtigte Person**	☐	☐

Name, Anschrift und Telefonnummer:

.....

.....

.....

***Vollmacht, Vorsorgevollmacht, Vertretungsvereinbarung, Gerichtsbeschluss über die Obsorge oder Bestellung zum/zur gerichtlichen Erwachsenenvertreter(in)**

....., am ....

(Ort) (Datum) Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Meldeverpflichtung

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Ich bin mir bewusst, dass wissentlich unrichtige Angaben allenfalls strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

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 (z.B. Spitalsaufenthalt) innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens, ist binnen **sieben Tagen** zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

Das Antragsformblatt kann bei allen Servicestellen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

Sie können den Antrag

- online oder per E-Mail **digital signiert** oder
- per E-Mail (ohne digitale Signatur) einbringen.
  Wenn Sie den Antrag per E-Mail ohne digitale Signatur übersenden, muss das Antragsformular unterschrieben sein.

Unsere Postanschrift lautet:

1061 Wien, Postfach 70

Für telefonische Auskünfte bzw. für die Vereinbarung eines persönlichen Beratungsgespräches wenden Sie sich bitte an:

Pensionsversicherung Wien:

Tel.: 05 0405-33460

Pensionsversicherung Graz:

Tel.: 05 0405-33600

E-Mail-Adresse: pensionsversicherung@bvaeb.at