Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Eingangsstempel

PENSIONSVERSICHERUNG

ANTRAG

AUF

Zutreffende Leistung bitte ankreuzen ☒

Versicherungsnummer: | Geburtsdatum

(in BLOCKSCHRIFT):

FAMILIENNAME:	**VORNAME:**

Zum Stichtag: _____

☐ **Alterspension**

☐ **Korridorpension**

☐ **vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer**

☐ **Invaliditätspension / Berufsunfähigkeitspension** Bitte Beiblatt ausfüllen!
(gilt ZUERST als Antrag auf Maßnahmen der Rehabilitation - inklusive Rehabilitationsgeld)

☐ **Sonderruhegeld** nach dem Nachtschichtschwerarbeitsgesetz (NSchG)

☐ **Schwerarbeitspension**

☐ **Kinderzuschuss**
(Der Kinderzuschuss wird grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr gewährt.)
Für die Dauer des Anspruches auf Kinderzuschuss gebührt für ein und dasselbe Kind im Sinne des § 252 ASVG kein weiterer Kinderzuschuss.
Bei Kindern mit eigenem Einkommen ist eine Bezugsbestätigung vorzulegen.

Stiefkinder nur dann eintragen, wenn sie ständig in Hausgemeinschaft leben (Meldebestätigung beifügen!), Enkel nur dann eintragen, wenn sie ständig in Hausgemeinschaft leben (Meldebestätigung beifügen!), wenn sie nach § 141 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches unterhaltsberechtigt sind und die Pensionswerberin/der Pensionswerber den Wohnsitz im Inland hat.
Geburts-, Legitimierungsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkenntnis beifügen; bei der Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus ist außerdem der Lehrvertrag oder eine Bestätigung der besuchten Schule oder den Anerkennungsbescheid (die Vereinbarung) zur Freiwilligentätigkeit bzw. eine ärztliche Bestätigung über das Gebrechen des Kindes beizufügen.

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

Kinder

	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Familienname			
Vorname			
Geschlecht	☐ m ☐ w	☐ m ☐ w	☐ m ☐ w
Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	Laufende Nr. Tag Monat Jahr	Laufende Nr. Tag Monat Jahr	Laufende Nr. Tag Monat Jahr
Kind bzw. Wahlkind der versicherten Person, Stiefkind, Enkelkind			
adoptiert?	☐ ja ☐ nein seit ……	☐ ja ☐ nein seit ……	☐ ja ☐ nein seit ……
zur Adoption freigegeben?	☐ ja ☐ nein seit ……	☐ ja ☐ nein seit ……	☐ ja ☐ nein seit ……
Wird Kinderzuschuss beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Befindet sich das Kind - in Schulausbildung? - in Berufsausbildung?	 ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein	 ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein	 ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
Übt das Kind eine Freiwilligentätigkeit aus?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Ist das Kind erwerbsunfähig?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wird für das Kind bereits Kinderzuschuss bezogen oder wurde dieser beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
von welcher Person von (bei) welchem Versicherungsträger?	……... ……...	……... ……...	……... ……...
Wird für das Kind erhöhte Familienbeihilfe bezogen bzw. beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Bezieht das Kind eine Pension oder wurde eine solche beantragt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	……...	……...	……...

A. Personaldaten des (der) Versicherten

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

.....

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

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

Staatsangehörigkeit: .....
(Staatsbürgerschaftsurkunde beischließen)
Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen
Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit: .....

3. Anschrift des (der) Versicherten:

.....

Postleitzahl: Ort: Straße: Nr.

Telefonisch erreichbar unter: .....

Bitte jeden Anschriftenwechsel sofort bekanntgeben!

4. Personenstand:

Bitte auswählen

5. Falls Sie mehrmals verheiratet waren:

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

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

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

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

Falls Sie mehrmals in einer eingetragenen Partnerschaft waren:

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

Datum der Eintragung: .....

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

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

Datum der Eintragung: .....

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

6. Dienststelle:

.....

7. Zuletzt ausgeübter Beruf (z.B. SchlosserIn, TischlerIn, OberbauarbeiterIn, MagazinarbeiterIn):

.....

B. Unselbstständige Erwerbstätigkeit

1. Ist Ihr Beschäftigungsverhältnis aufrecht?

☐ JA Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR .....

Beabsichtigen Sie die Beschäftigung im Falle des Pensionsanpruches aufzugeben?

☐ JA, am ..... ☐ NEIN

☐ NEIN, beendet seit: .....

Bitte nur ausfüllen bei Antrag auf Korridorpension von Frauen, geboren vom 01.01.1966 bis 31.12.1966 oder von Männern (bzw. Personen mit anderem Geschlecht als "weiblich"), geboren vom 01.01.1964 bis 31.03.1965:
Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Altersteilzeit-vereinbarung abgeschlossen und hat Ihre Altersteilzeit vor dem 1. April 2025 begonnen? (Bitte Bestätigung beilegen) ☐ JA ..... ☐ NEIN
von - bis

2. Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt** an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, Name und Telefonnummer .....

3. Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

a) Entgeltfortzahlung ☐ JA ..... ☐ NEIN
von - bis

b) Ersatzleistung für nicht verbrauchten Urlaub
(Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung)
☐ JA ..... ☐ NEIN
von - bis

c) Kündigungsentschädigung ☐ JA ..... ☐ NEIN
von - bis

C. Selbstständige Erwerbstätigkeit

1. Sind Sie derzeit selbstständig erwerbstätig? ☐ JA ☐ NEIN
Welcher Art ist diese selbstständige Erwerbstätigkeit? (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Gewerbebetrieb
Art: .....
seit: .....
Höhe des Jahreseinkommens: EUR .....
(Letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)

☐ Landwirtschaft
BesitzerIn/MitbesitzerIn/PächterIn
seit: .....
Ausmaß: ..... ha .....
Einheitswert: ..... zum .....

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

☐ ja, am : ..... ☐ nein

☐ nein, beendet seit: .....

2. Haben Sie Anspruch auf ein Ausgedinge? ☐ JA ☐ NEIN
Aus welchen Leistungen besteht dieses Ausgedinge?

Seit wann? .....
(Notariatsakt oder Grundbuchauszug beilegen)

D. Sonstige Bezüge

1. Beziehen oder beantragten Sie eine Leistung von einem früheren Dienstgeber? ☐ JA ☐ NEIN
(z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage etc.)

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

2. Wurden für Sie wegen Ausscheidens aus einem Beamtenverhältnis Beiträge zur Pensionsversicherung nachentrichtet oder ein Überweisungsbetrag gemäß § 311 ASVG geleistet? ☐ JA ☐ NEIN
Für welchen Zeitraum und an welchen Versicherungsträger:

3. Beziehen Sie derzeit Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung? ☐ JA ☐ NEIN
(Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, etc.)
Von welchem Arbeitsmarktservice?

4. Wird während des Pensionsverfahrens eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung beantragt werden? ☐ JA ☐ NEIN
Bei welchem Arbeitsmarktservice?

5. Beziehen Sie eine Leistung aus der Krankenversicherung (z.B. Krankengeld) ☐ JA ☐ NEIN

6. eine Pension aus der Pensionsversicherung, z.B. Invaliditäts/Berufsunfähigkeitspension, Erwerbsunfähigkeitspension nach dem GSVG oder BSVG, Hinterbliebenenpension oder dgl.? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle, während welcher Zeit und in welcher Höhe:

7. eine Rente aus der Unfallversicherung (Versehrtenrente oder Hinterbliebenenrente)? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Anstalt, während welcher Zeit und in welcher Höhe?

8. einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss oder eine ähnliche Versorgungsleistung von den Österreichischen Bundesbahnen, vom Bund, von einem Land oder einer Gemeinde auf Grund einer eigenen Dienstleistung bzw. der Dienstleistung der verstorbenen Ehegattin/ des verstorbenen Ehegatten/der verstobenen eingetragenen Partnerin/ des verstorbenen eingetragenen Partners? Von welcher Stelle und in welcher Höhe: ☐ JA ☐ NEIN

9. eine Leistung des Sozialministeriumservice? ☐ JA ☐ NEIN
Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

10. eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

11. eine Unterstützung aus der Sozialhilfe? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?

12. eine Leistung von einer ausländischen Stelle? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? Welcher Art? - Aktenzeichen?

13. Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen? ☐ JA ☐ NEIN
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Welcher Art? - Aktenzeichen?

14. Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach dem Teilpensionsgesetz bzw. dem Bezügegesetz? ☐ JA ☐ NEIN

Allfällige Nachweise zu 6 - 14 beischließen.

E. Versicherungsverlauf

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (z.B. rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

☐ ja ⇨ ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung.**
Ausnahme: Bei Antrag auf Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension bitte jedenfalls ab Vollendung des 14. Lebensjahres lückenlos ausfüllen.

☐ nein ⇨ führen Sie bitte alle Zeiten
- einer Erwerbstätigkeit
- des Bezuges eines Kranken-/ Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
- einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)

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

Bei einem Antrag auf Schwerarbeitspension ist Nachstehendes zu beachten:

⇨ Der Versicherungsverlauf ist ab Vollendung des 40. Lebensjahres vollständig und lückenlos auszufüllen.

⇨ Bitte führen Sie - wenn möglich - die entsprechende Ziffer nach der Schwerarbeitsverordnung an.

Kurzüberblick

Als **Schwerarbeit** gelten jene Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden,	
in **Schicht- oder Wechseldienst**, wenn dabei auch Nachtdienst geleistet wird ⇔ **Ziffer 1**	als **schwere körperliche Arbeit** ⇔ **Ziffer 4**
regelmäßig unter **Kälte** oder **Hitze** ⇔ **Ziffer 2**	zur **berufsbedingten Pflege** von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Pflegebedarf ⇔ **Ziffer 5**
unter **chemischen oder physikalischen Einflüssen** ⇔ **Ziffer 3**	trotz **Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit** von mindestens 80%, sofern für die Zeit ab 01.07.1993 ein Pflegegeldanspruch zumindest der Stufe 3 besteht ⇔ **Ziffer 6**

Detaillierte Ausführungen finden Sie unter "Informationsblatt über die Bestimmungen der Schwerarbeitsverordnung".

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	Glauben Sie (ab Vollendung des 40. Lebensjahres) Schwerarbeit geleistet zu haben?	Glauben Sie Nacht-schwerarbeit (ab Vollendung des 14. Lebensjahres) geleistet zu haben?
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein
				☐ nein ☐ ja ⇨ nach Ziffer: ____	☐ ja ☐ nein

F. Ergänzende Fragen zum Versicherungsverlauf

1. Haben Sie die Pensionsversicherung freiwillig fortgesetzt? ☐ JA ☐ NEIN

   Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger .....

2. Bestand oder besteht eine Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes? ☐ JA ☐ NEIN
   Für welchen Zeitraum und bei welchem Versicherungsträger?

3. Wurde bereits ein Verfahren zur rückwirkenden Erfassung Ihres Versicherungsverlaufes (REV-Verfahren) durchgeführt? ☐ JA ☐ NEIN
   Von welchem Pensionsversicherungsträger? (REV-Mitteilung beischließen)

4. Waren Sie im Ausland unselbstständig und/oder selbstständig erwerbstätig? ☐ JA ☐ NEIN

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

   Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein? ☐ JA ☐ NEIN
   Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)? .....

   Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, ohne dort erwerbstätig gewesen zu sein (z.B. durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)? ☐ JA ☐ NEIN

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

   Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt? ☐ JA ☐ NEIN

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

   Beantragen Sie aus der ausländischen Rentenversicherung eine Leistung auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens, sofern derzeit kein Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters besteht? ☐ JA ☐ NEIN

5. **Nur von weiblichen Pensionswerbern zu beantworten:**

   ERSTATTUNGSBETRAG / AUSSTATTUNGSBETRAG

   Haben Sie anlässlich einer Eheschließung die Gewährung eines Ausstattungsbetrages bzw. einer Beitragserstattung beantragt? ☐ JA ☐ NEIN

   Bei welchem Versicherungsträger? Aktenzeichen?

   Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? ☐ JA ☐ NEIN

6. 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 vorranging 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)

G. Bundespflegegeld

1. Bedürfen Sie ständig der Betreuung und Hilfe und beantragen Sie deshalb Pflegegeld?

☐ JA ☐ NEIN

Beziehen oder beantragen 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. Ergänzende Fragen zur Antragstellung

1. Beantragen Sie die **Weiterversicherung** in der Pensionsversicherung bzw. eine **Beitragsentrichtung** für Ihre **Schulzeiten** für den Fall, dass zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die Entrichtung von Beiträgen notwendig ist?

☐ JA ☐ NEIN

2. Sind Sie mit der Verschiebung des Antrages (des Stichtages) einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden (bzw. ein für Sie günstigerer Leistungsanspruch erzielt) werden kann?

☐ JA ☐ NEIN

Bitte nur bei Antrag auf Korridorpension ausfüllen:

3. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens eingeschränkt bzw. halten Sie sich für invalid/berufsunfähig?
(Gegebenenfalls bitte Beiblatt ausfüllen!) ☐ JA ☐ NEIN

Hinweis: Ein Antrag auf Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension gilt VORRANGIG als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation inklusive Rehabilitationsgeld.

Bitte nur bei Antrag auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension ausfüllen:

4. Endet Ihr Krankengeldanspruch wegen Ablauf der Höchstdauer innerhalb der nächsten 6 Wochen?

☐ JA ☐ NEIN

I. Daten der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Partnerin/ des eingetragenen Partners

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

   .....

   Geboren am: .....

2. Lebt die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/ der eingetragene Partner im gemeinsamen Haushalt? ☐ JA ☐ NEIN

3. Bezieht die Ehegattin/der Ehehatte/die eingetragene Partnerin/der eingetragene Partner
   eine Pension - Rente - von einem inländischen oder ausländischen Sozialversicherungsträger ☐ JA ☐ NEIN
   einen Ruhe(Versorgungs)genuss aus einem Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft (Bund, Bundesbahn, Land, Gemeinde) ☐ JA ☐ NEIN
   eine sonstige Versorgung? ☐ JA ☐ NEIN

   seit: .....

   von: .....

   Höhe des Bezuges: EUR ..... monatlich
   (Zahlungsabschnitt beilegen!)

4. Steht die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/ der eingetragene Partner derzeit in Beschäftigung? ☐ JA ☐ NEIN

   Bei welchem Dienstgeber? Name und Anschrift:

   .....

   .....

   Höhe des sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverdienstes: EUR ..... monatlich / wöchentlich
   (Lohn- oder Gehaltsbestätigung beilegen!)

5. Ist die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/ der eingetragene Partner selbstständig erwerbstätig? ☐ JA ☐ NEIN
   Welcher Art ist diese selbstständige Erwerbstätigkeit? (Zutreffendes ankreuzen)

   ☐ Gewerbebetrieb

   Art: .....

   seit: .....

   Höhe des Jahreseinkommens: EUR .....

   (Letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)

   ☐ Landwirtschaft

   BesitzerIn/MitbesitzerIn/PächterIn

   seit: .....

   Ausmaß: ..... ha .....

   Einheitswert: ..... zum .....

   (Letzten Einheitswertbescheid beilegen!)

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

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.

BITTE BEACHTEN SIE:

Der Pensionsbeginn ist vom Zeitpunkt des Einlangens des Pensionsantrages bei der Versicherungsanstalt abhängig. Wir empfehlen daher, das ausgefertigte Formular auch dann ehestens an die Versicherungsanstalt weiterzuleiten, wenn nicht alle erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) vorhanden sind. Die fehlenden Unterlagen sind **umgehend** nachzusenden.

Folgende Unterlagen werden dem Antrag beigefügt (Kopie ausreichend):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SONSTIGE VERMERKE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 - 33 460

Pensionsversicherung Graz

Tel.: 05 0405 - 33 600

E-Mail-Adresse: pensionsversicherung@bvaeb.at

Informationsblatt über die Bestimmungen der Schwerarbeitsverordnung

Als Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden, gelten laut der mit 01. Jänner 2007 in Kraft getretenen Schwerarbeitsverordnung jene, die geleistet werden

1. **in Schicht- oder Wechseldienst,** wenn dabei auch Nachtdienst im Ausmaß von mindestens 6 Stunden zwischen 22 und 06 Uhr an mindestens sechs Arbeitstagen im Kalendermonat geleistet wird, sofern nicht in diese Arbeitszeit überwiegend Arbeitsbereitschaft fällt;

   Unter Schicht- oder Wechseldienst ist die Einbindung in einen periodischen Wechseldienst (Schichtplan) zu verstehen. Ein Schichtentausch spielt keine Rolle und es ist von einer durchschnittlichen Betrachtung auszugehen. Als Arbeitsbereitschaft ist der Aufenthalt an einem vom Dienstgeber bestimmten Ort mit der Verpflichtung zur jederzeitigen Aufnahme der Arbeit im Bereitschaftsfall zu verstehen. Während dieser Arbeitsbereitschaft wird jedoch keine Tätigkeit ausgeübt. Als überwiegende Arbeitsbereitschaft ist mehr als die Hälfte der Arbeitszeit zu verstehen.

   Eine längere Durchrechnung wie im Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) ist maßgeblich.

2. **regelmäßig unter Hitze oder Kälte,** wobei bei diesen Begriffen an das Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) angeknüpft wird;

   Hitze liegt bei einem durch Arbeitsvorgänge bei durchschnittlicher Außentemperatur verursachten Klimazustand vor, der einer Belastung durch Arbeit während des überwiegenden Teils der Arbeitszeit (d. h. mindestens während der Hälfte der Arbeitszeit) bei 30 Grad Celsius und 50% relativer Luftfeuchtigkeit bei einer Luftgeschwindigkeit von 0,1m pro Sekunde wirkungsgleich oder ungünstiger ist.

   Kälte ist gegeben bei überwiegendem Aufenthalt in begehbaren Kühlräumen, wenn die Raumtemperatur niedriger als minus 21 Grad Celsius ist, oder wenn der Arbeitsablauf einen ständigen Wechsel zwischen solchen Kühlräumen und sonstigen Arbeitsräumen erfordert.

3. **unter chemischen oder physikalischen Einflüssen,** wenn dadurch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 10% verursacht wurde; und das insbesondere

   - bei Verwendung von Arbeitsgeräten, Maschinen und Fahrzeugen, die durch gesundheitsgefährdende Erschütterung auf den Körper einwirken, oder

   - wenn regelmäßig und mindestens während vier Stunden der Arbeitszeit Atemschutzgeräte (Atemschutz-, Filter- oder Behältergeräte) oder während zwei Stunden Tauchgeräte getragen werden müssen, oder

   - bei ständigem gesundheitsschädlichen Einwirken von inhalativen Schadstoffen, die zu Berufskrankheiten führen können;

4. **als schwere körperliche Arbeit,** die dann vorliegt, wenn bei einer achtstündigen Arbeitszeit von Männern mindestens 8.374 Arbeitskilojoule (2.000 Arbeitskilokalorien) und von Frauen mindestens 5.862 Arbeitskilojoule (1.400 Arbeitskilokalorien) verbraucht werden;

5. **zur berufsbedingten Pflege** von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- oder Pflegebedarf, wie beispielsweise in der Hospiz oder Palliativmedizin;

6. **trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbstätigkeit** (nach Behinderteneinstellungsgesetz) von mindestens 80%, sofern für die Zeit nach dem 30. Juli 1993 ein Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bestanden hat.

Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

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** erzogen 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.

Kinderbegriff:	***Erforderliche Dokumente (Kopie ausreichend)***
Kinder	➢ Geburtsurkunde ➢ nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis/Urteil) ➢ Legitimationsurkunde
	Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:
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

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

E R K L Ä R U N G

Zutreffendes bitte 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				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
Handelt es sich um ein Wahl-(Adoptiv)-, Stief- oder Pflegekind?				
adoptiert? Zur Adoption freigegeben?	☐ ja ☐nein seit ……..	☐ ja ☐nein seit ……..	☐ ja ☐nein seit ……..	☐ ja ☐nein seit ……..
Erziehung in Österreich: - ohne Unterbrechung in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren - nur in der Zeit	vom …….... bis……	vom …….... bis……	vom …….... bis……	vom …….... bis……
Erziehung außerhalb Österreichs: Staat	vom …….... bis…… ……..	vom …….... bis…… ……..	vom …….... bis…… ……...	vom …….... bis…… ……...
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetzes?* Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	☐ ja ☐nein …... ……..	☐ ja ☐nein ……..	☐ ja ☐nein ……..	☐ ja ☐nein ….....……..
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein
Befand sich Ihr Wohnsitz zum Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich?*	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein	☐ ja ☐nein

* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die (den) Verstorbene(n).
Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

…….. ……
Ort/Datum Unterschrift

FSTA002

bvaeb
Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungs-nummer	Geburtsdatum

Familienname:

Vorname:

Beiblatt zum Antrag auf

- Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension

- Knappschaftsvollpension/Knappschaftspension

Der Versicherungsverlauf im Antragsformblatt ist jedenfalls lückenlos auszufüllen

ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITSZUSTAND

♦ Wegen welcher **Krankheiten, Leiden** oder **Gebrechen** und **seit wann** halten Sie sich für invalid /berufsunfähig/ dienstunfähig?

Krankheiten, Leiden, Gebrechen:	seit:
Letzte Krankenstände:	
von - bis	von - bis

Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen? ☐ ja ☐ nein

♦ Bisherige **Operationen** und **schwere Krankheiten** mit **Jahresangabe:**

♦ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in		von		bis	
in		von		bis	
in		von		bis	

Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befunde direkt vom Krankenhaus einholen? ☐ ja ☐ nein

♦ Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsträger	Grund der Untersuchung

♦ Wurden Maßnahmen der **Rehabilitation** (Aufenthalte, Kurse, Umschulungen usw.), **Kuraufenthalte** und **Heilverfahren** durch einen Sozialversicherungsträger in den letzten 5 Jahren gewährt oder von Ihnen beantragt?

☐ nein ☐ ja

Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:

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

♦ Ist Ihr Leiden die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit?**

Arbeitsunfall: ☐ nein ☐ ja

Wurde Unfallanzeige erstattet? ☐ nein ☐ ja ..... Angabe des Versicherungsträgers

Berufskrankheit ☐ nein ☐ ja ..... Angabe der Berufskrankheit

♦ Ist Ihr Leiden die Folge eines **sonstigen Unfalles?**

☐ nein ☐ ja ..... Unfallhergang

♦ Ist Ihr Leiden durch Dritte verursacht worden?

☐ nein ☐ ja ..... Datum ..... Name und Anschrift des Schädigers / der Schädigerin

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? ☐ nein ☐ ja

♦ Ist Ihr Leiden durch eine von Ihnen begangene Handlung vorsätzlich herbeigeführt worden?

☐ nein ☐ ja

War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?

☐ nein ☐ ja ..... zuständiges Gericht / Geschäftszahl

♦ Hausarzt / behandelnder Arzt / Hausärztin / behandelnde Ärztin:

..... Name und Anschrift

ANGABEN ZUR AUSBILDUNG (ab dem 15. Lebensjahr)

♦ Lehr- und Berufsausbildungen, berufsbildende Schulen, sonstige Aus- und Weiterbildungen

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Schule, Universität, Fachhochschule, Weiterbildungseinrichtung	Ausbildung abgeschlossen
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein

Angaben zu EDV-Kenntnissen:

Grundkenntnisse: ☐ ja ☐ nein

Computernutzung: ☐ ja ☐ nein beruflich ☐ privat ☐

Spezielle EDV-Kenntnisse: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Programme .....

ANGABEN ZU ALLEN AUSGEÜBTEN ERWERBSTÄTIGKEITEN IN DEN LETZTEN 15 JAHREN

Beispiel für eine mögliche Tätigkeitsbeschreibung, bitte beachten Sie die Fußnoten:

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin
03/2001 bis 12/2012	*Fa. ISG, 1030 Wien, Kundmanngasse 99*
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte [1]	**Tätigkeitsbeschreibung:** *Sachbearbeiter im Vertriebsinnendienst, Bestellwesen, Auftragsbearbeitung, Kundenkorrespondenz, Kundenstammdatenpflege, Warenwirtschaft, Reklamationsbearbeitung, einfache Tätigkeit* ..... **Geräte:** *Computer, Telefon*

Ihre Berufsbezeichnung [2]		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse [3]
Sachbearbeiter		
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☒ ja ☒ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☒ nein ☐ ja Anzahl:	☒ nein ☐ ja Welche: ....

Fußnoten:

[1] **Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte:** Geben Sie möglichst genau an, welche konkreten Tätigkeiten Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin zu verrichten hatten und welche Geräte Sie dabei verwendet haben. Geben Sie weiters an, ob Sie – nach Ihrer eigenen Einschätzung – eine einfache, eine mittlere, eine höhere Tätigkeit oder eine Führungs- / Leitungstätigkeit ausgeübt haben.

Beispiele:

Portier / Portierin: Beaufsichtigung des Eingangs (Zugang zum Betriebsgelände), Kontrolle des Personen- und Fahrzeugverkehrs (über Monitor), Ausstellung von Passierscheinen, Schrankenbetätigung, Schlüsselausgabe, Entgegennahme von Poststücken. Geräte: Computer, Telefon, Monitor (für Überwachung)

Bauarbeiter / Bauarbeiterin: Durchführung von Abbrucharbeiten, Betonierarbeiten, Aushebearbeiten, Planierarbeiten usw. Geräte: Schaufel, Spaten, Betonrüttler, Walze

Außendienstvertreter / Außendienstvertreterin im Verkauf: Geschäftsanbahnung, Kundenbesuche / Kundinnenbesuche, Erteilung von Produktinformationen, Durchführung von Verkaufsabschlüssen, Gewährung von Preisnachlässen. Geräte: PKW, Computer, Musterkoffer, Telefon

Fakturist / Fakturistin: Erstellung bzw. Prüfung von Ausgangsrechnungen anhand von Lieferscheinen, sonstigen Unterlagen und Belegen, Terminüberwachung. Geräte: Computer, Telefon

[2] **Ihre Berufsbezeichnung:** In welcher Funktion waren Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin beschäftigt? ***Beispiele:*** Verkäufer / Verkäuferin, Bauarbeiter / Bauarbeiterin, Friseur / Friseurin, Sortierer / Sortiererin, Stationsgehilfe / Stationsgehilfin, Prokurist / Prokuristin, Lohnverrechner / Lohnverrechnerin, Vertreter / Vertreterin im Außendienst bzw. im Innendienst usw.

[3] **Selbstständige Entscheidungsbefugnisse:** Bitte geben Sie an, wenn Sie bei Ihrer Tätigkeit selbstständige Entscheidungsbefugnisse hatten. ***Beispiele:*** Zeichnungsbefugnis für Verträge bis zu einem bestimmten Eurobetrag, freie Entscheidungsbefugnis bei Preisnachlässen, Personaleinstellung, Personalbeurteilung, Gewährung von Provisionen an Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen

Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin
.....	.....
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte [1]	**Tätigkeitsbeschreibung:** ..... **Geräte:** .....

Ihre Berufsbezeichnung [2]		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse [3]
.....		☐ nein ☐ ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin
.....	.....
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte [1]	**Tätigkeitsbeschreibung:** ..... **Geräte:** .....

Ihre Berufsbezeichnung [2]		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse [3]
.....		☐ nein ☐ ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	

Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin
.....	.....
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte [1]	**Tätigkeitsbeschreibung:** ..... **Geräte:** .....

Ihre Berufsbezeichnung [2]		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse [3]
.....		☐ nein ☐ ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin
.....	.....
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte [1]	**Tätigkeitsbeschreibung:** ..... **Geräte:** .....

Ihre Berufsbezeichnung [2]		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse [3]
.....		☐ nein ☐ ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	

Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin
.....	.....
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte [1]	**Tätigkeitsbeschreibung:** ..... **Geräte:** .....

Ihre Berufsbezeichnung [2]		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse [3]
.....		☐ nein ☐ ja Welche:
Kunden- / Kundinnenkontakt ☐ nein ☐ ja ☐ ständig ☐ fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen ☐ nein ☐ ja Anzahl:	

..... Datum

..... Unterschrift

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 - 33 460

Pensionsversicherung Graz

Tel.: 05 0405 - 33 600

E-Mail-Adresse: pensionsversicherung@bvaeb.at