



Antrag auf

Eingelangt am: _____

- WITWENPENSION
- WITWERPENSION
- WAISENPENSION

! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !

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

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Zuname: Vorname:

Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: seit:

Geburtsdatum: Geburtsort / Land:

Datum der Eheschließung(en):
.....

Letzter Wohnort:
Postleitzahl, Ort, Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

Todestag: Todesursache:

2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Zuname: Vorname:

Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: seit:

Geburtsdatum: Geburtsort / Land:

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

Datum der Eheschließung(en):
.....

Datum des Todes des (der) Gatten bzw. der Ehescheidung(en):
.....

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

Sollten Sie Ihre Adresse - wenn auch nur vorübergehend - ändern, ersuchen wir um sofortige Benachrichtigung!

3. PERSONALDATEN DER WAISE(N)

Zuname	Wohnsitz	Geschl.		Versicherungsnummer / Geburtsdatum	Bei Waisen über 18 Jahre bitte Grund der Antragstellung anführen
		w	m		
Vorname		Staatsbürgerschaft		ehelich, unehelich, legitimiert, adoptiert Stiefkind	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....

4. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

Nur ausfüllen, wenn der Antrag auf Witwen- / Witwerpension von einer anderen Person bzw. der Antrag auf Waisenpension nicht von der Witwe / dem Witwer gestellt wird.

	Nachweis	liegt bei	wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Vollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vormund (gesetzlicher Vertreter)	Beschluss des Pflschaftsgerichtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sachwalter	gerichtlicher Bestelungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuname: Vorname:

Adresse:

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

.....

.....

Postleitzahl, Ort

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen den / die verstorbene(n) Versicherte(n), die / den Witwe(r) bzw. die Waise(n) betreffen!

5. ANGABEN ZUM / ZUR VERSTORBENEN VERSICHERTEN

• Ist der Tod die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit? ja nein

• Ist der Tod durch Dritte verursacht worden?

nein ja
Datum Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?

nein ja
zuständiges Gericht / Geschäftszahl

BEZÜGE DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

Bezog oder beantragte der / die Verstorbene eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (z.B. Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (z.B. Beschädigtenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (z.B. Rente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (z.B. Ruhegenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (z.B. Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• Hatte der / die Verstorbene einen land-(forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?

ja, wo? von wann bis wann?
Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz?

nein

• War der / die Verstorbene sonst selbstständig erwerbstätig?

ja, wo? von wann bis wann?
Welcher Art?

nein

ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

- Wurden auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt?
 ja nein
Staat(en)
- Wurde die Feststellung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen
- Hatte der / die Verstorbene jemals seinen / ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort beschäftigt gewesen zu sein?
 ja nein
Staat(en)

Sind Sie damit einverstanden, dass der deutsche Versicherungsverlauf mittels elektronischer Datenübermittlung aus dem Datenbestand der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin abgerufen wird? ja nein

-
- Hat der / die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen
 - Wurden für den / die Verstorbene(n) bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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

• Hat der / die Verstorbene Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EWR-Staat erzogen? ja nein

Hinweis bei männlichen Verstorbenen:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Hat jedoch der Kindes- oder Adoptivvater das Kind (die Kinder) überwiegend gepflegt und erzogen, beantworten Sie bitte obige Frage.

! Bitte Fragebogen Kindererziehungszeiten unbedingt ausfüllen !

• Hat die Verstorbene anlässlich einer Eheschließung einen **Ausstattungsbeitrag** bzw. eine **Beitragserstattung** erhalten?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER

- War die Ehe im Zeitpunkt des Todes des / der Versicherten aufrecht?

ja ⇒ Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe mit dem / der Versicherten, im Zeitpunkt des Todes aufrecht war (weder geschieden noch aufgelöst oder für nichtig erklärt wurde), und dass ich mich seit dem Tode des / der Versicherten nicht wiederverehelicht habe.

.....
Unterschrift der Witwe / des Witwers

nein ⇒ Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden bzw. für nichtig erklärt?

.....
Datum

.....
zuständiges Gericht / Geschäftszahl

- Bestand im Zeitpunkt des Todes Ihres Gatten / Ihrer Gattin auf Grund eines gerichtlichen Urteils oder Vergleiches bzw. einer vor Auflösung der Ehe eingegangenen vertraglichen Vereinbarung ein Unterhaltsanspruch oder wurde Unterhalt geleistet?

nein ja Seit wann? In welcher mtl. Höhe? EUR

- Enthält das Scheidungsurteil einen Ausspruch nach § 61 Abs.3 Ehegesetz ja nein

- Haben Sie sich nach der Ehe mit dem / der Verstorbenen neuerlich verhehelicht? ja nein

EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung?

ja Name und Anschrift des Dienstgebers:

.....

Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR

nein

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen.)

- ja: in einem Gewerbebetrieb freiberuflich
 als geschäftsführender Gesellschafter Funktion
 in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb Beteiligung
 auf Basis eines Werkvertrages auf sonstige Art

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR.....

Name und Anschrift / Standort des Betriebes:

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:

.....

nein

- Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen?

ja Art der Funktion

Höhe der mtl. Bruttobezüge / Funktionsgebühren: EUR

nein

SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (z.B. Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (z.B. Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (z.B. Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (z.B. Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (z.B. Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WITWE / DEN WITWER

Fühlen Sie sich derart pflegebedürftig, dass Sie ständig der Betreuung und Hilfe bedürfen?

ja nein

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

ja nein

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

11. MELDEVERPFLICHTUNG

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben, 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 sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens ist binnen **sieben Tagen** (Waisen binnen **zwei Wochen**) zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Unterschrift der volljährigen Waise

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift



Abteilung / Versicherungsnummer

Name:

FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER WITWEN-(WITWER-)PENSION

Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!

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

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. Diesbezügliche Erhebungen werden von der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt.

Die Fragen betreffen den Zeitraum der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Tod des Ehepartners (z.B. Tod des Ehepartners am 15.7.2004; daher maßgeblicher Zeitraum 1.1.2002 bis 31.12.2003) und es sind sowohl inländische als auch ausländische Einkünfte mit allen Änderungen anzugeben.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES/DER VERSTORBENEN
Pensions- / Rentenansprüche von einem anderen Versicherungsträger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger) <input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> 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
	Träger / Anstalt Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR	Träger / Anstalt Aktenzeichen mtl. brutto EUR mtl. netto EUR
Ruhe- / Versorgungsgenuss <input type="checkbox"/> aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> 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	
Sonstige Leistungen wie: <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Notstandshilfe <input type="checkbox"/> Weiterbildungsgeld <input type="checkbox"/> Karenzurlaubsgeld <input type="checkbox"/> Sonderunterstützung <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss <input type="checkbox"/> keine solche Leistungen	Auszahlende Stelle von / bis: tgl. EUR mtl. EUR.....		Auszahlende Stelle von / bis: tgl. EUR mtl. EUR.....	
<i>Bitte Nachweise über Einkünfte beilegen.</i>				
Unselbstständige Erwerbstätigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dienstgeber Lohn/Gehalt Sachbezüge anstelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der Erwerbstätigkeit von / bis: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Brutto EUR <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich		Zeitraum der Erwerbstätigkeit von / bis: <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Brutto EUR <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	
<i>Bitte Einkommensnachweis beilegen.</i>				
Selbstständige Erwerbstätigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Geschätzte) Einkünfte im Kalenderjahr	Art / Funktion Standort EUR		Art / Funktion Standort EUR	
<i>Bitte den Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung beilegen.</i>				
Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse				
Eigengrund: selbst bewirtschaftet (gepachtet) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktenzeichen		Aktenzeichen	
	Einheitswert		Einheitswert	
	Anteil		Anteil	
<i>Bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen.</i>				
Sonstige Einkünfte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder Landesgesetzlichen Bestimmungen	auszahlende Stelle	mtl. EUR	auszahlende Stelle	mtl. EUR
<i>Bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen.</i>				

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

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift



Abteilung / Versicherungsnummer

FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf 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).

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind **tatsächlich und überwiegend** erzogen hat.

Eine von Ihnen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes 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)

legitimierte Kinder

➤ Legitimationsurkunde

Wahl-(Adoptiv)kinder

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

Stiefkinder

➤ Nachweis über Ihre Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil

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 nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe.

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Zuname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	seit	seit	seit	seit
Erziehung in Österreich:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="radio"/> in den ersten vier Lebensjahren	vom bis			
<input type="radio"/> nur in der Zeit				
Erziehung im Ausland:	vom bis			
Staat
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?

Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes in Österreich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hat der andere Elternteil in den ersten vier Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift