

2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname: Vorname:

Titel: Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum:

Geburtsort: Land:

Staatsangehörigkeit: seit:

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

Personenstand: verheiratet verwitwet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft lebend hinterbliebene eingetragene Partnerin
 hinterbliebener eingetragener Partner aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en): /

Datum des Todes des Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Partners / der eingetragenen Partnerin

bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en): /

Adresse:
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

.....
Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl) E-Mail

3. PERSONALDATEN DER WAISE(N) (in Blockschrift)

3.1 WAISE 1

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise? nein ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen



3.2 WAISE 2

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise? nein ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.3 WAISE 3

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise? nein ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen



3.4 WAISE 4

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise? nein ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

3.5 WAISE 5

Familienname: Vorname:

Versicherungsnummer und Geburtsdatum: /

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit:

eheliches Kind uneheliches Kind adoptiertes Kind Stiefkind

Adresse (nur ausfüllen, wenn kein gemeinsamer Haushalt mit der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner vorliegt):

.....
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

.....
Ort Bundesland Land

Ist die Waise Vollwaise? nein ja

Name des anderen leiblichen Elternteils / Adoptivelternteils:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Bezog der andere Elternteil bereits eine Pension / Rente?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen



4. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

Nur ausfüllen, wenn der Antrag auf Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner von einer anderen Person bzw. der Antrag auf Waisenpension nicht von der Witwe / dem Witwer / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / dem hinterbliebenen eingetragenen Partner gestellt wird.

	<i>Nachweis liegt bei</i>	<i>wird nachgereicht</i>
<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person <small>(Sachwalter, mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigter, gewählter, gesetzlicher oder gerichtlicher Erwachsenenvertreter, Kurator)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienname: Vorname:

Adresse:
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen die / den verstorbene(n) Versicherte(n), die Witwe / den Witwer / die hinterbliebene eingetragene Partnerin / den hinterbliebenen eingetragenen Partner bzw. die Waise(n) betreffen!

5. ANGABEN ZUM / ZUR VERSTORBENEN VERSICHERTEN

5.1 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 <small>(zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Sozialministeriumservice <small>(zB Beschädigtenrente)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz <small>(zB Rente)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien <small>(zB Ruhegenuss, Ruhebezug)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber <small>(zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage, Administrativpension, Überbrückungszahlung)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland <small>(zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



5.2 VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

Bezog der / die Verstorbene bereits eine Pension?

- ja ⇒ Wurde während des Pensionsbezuges eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?
 ja nein

Falls der / die Verstorbene bereits eine Pension bezogen hat, ist die Beantwortung der weiteren Fragen in diesem Punkt nicht mehr erforderlich, bitte bei Punkt 6 fortsetzen.

- nein ⇒ Wurden die Versicherungszeiten des / der Verstorbenen bereits festgestellt (zB rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?
- ja ⇒ Ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung.**
- nein ⇒ Führen Sie bitte alle Zeiten
- einer Erwerbstätigkeit
 - des Bezuges eines Krankengeldes, Wochengeldes, Rehabilitationsgeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
 - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
- im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

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

von	bis	a) beschäftigt als (Beruf) b) selbstständig als c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat



5.3 ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN

- Hat der / die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?
 ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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

-
- War der / die Verstorbene im Ausland unselbstständig und / oder selbstständig erwerbstätig?
 ja nein
Staat(en)

- Hatte der / die Verstorbene seinen / ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?
 ja nein
Staat(en)

- Hat der / die Verstorbene Versicherungszeiten im Ausland erworben, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein (zB durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?
 ja nein
Staat(en)

- Wurde die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?
 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 EU / 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-, Adoptiv- oder Stiefvater das Kind / die Kinder tatsächlich und überwiegend erzogen, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)

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



6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER / ZUR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / ZUM HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER

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

ja => Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe / eingetragene Partnerschaft 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 bzw. keine neue Partnerschaft habe eintragen lassen.

.....
Unterschrift der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / des hinterbliebenen eingetragenen Partners

nein => Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden / die eingetragene Partnerschaft aufgelöst bzw. für nichtig erklärt? (Bitte Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / der gerichtlichen Auflösungsentscheidung beilegen.)

..... Datum zuständiges Gericht, Geschäftszahl

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

nein ja Seit wann? Höhe des mtl. Unterhaltes: EUR

- Enthält das Scheidungsurteil / die gerichtliche Auflösungsentscheidung den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz / § 18 Abs. 3 Eingetragene Partnerschaft-Gesetz? ja nein

- Haben Sie sich nach der Ehe / der eingetragenen Partnerschaft mit dem / der Verstorbenen neuerlich verhehlicht / in einer neuen Partnerschaft eintragen lassen? ja nein

- Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe / eingetragenen Partnerschaft einen Anspruch auf Witwenpension / Witwerpension / Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner?

ja nein
Versicherungsträger, Aktenzeichen

6.1 EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung? ja nein

Wenn ja,
Name und Anschrift des Dienstgebers

Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR

- 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:

Genauere Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit / Funktion:
.....

- nein, beendet seit



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

- Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz? ja nein

Wenn ja, wo? von - bis?

selbst bewirtschaftet verpachtet übergeben gepachtet oder zugepachtet

6.2 SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS / DER HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNERS
(beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

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

6.3 BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WITWE / DEN WITWER / DIE HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN / DEN HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER

- Beantragen Sie Pflegegeld, da Sie ständig der Betreuung und Pflege bedürfen? ja nein
- Beziehen Sie bereits Pflegegeld? ja nein

Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes? ja nein

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

ja nein

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen



7. ANGABEN ZUR WAISE / ZU DEN WAISEN

Werden nachstehende Fragen mit JA beantwortet, führen Sie bitte den Namen der jeweiligen Waise an!

7.1 EINKOMMEN

Bezieht (Beziehen) die Waise(n) eine regelmäßig wiederkehrende Geldleistung (zB Pension, Rente) oder wurde eine solche Leistung beantragt?

- nein
- ja
Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....
Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....
Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....
Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen
.....
Name der Waise auszahlende Stelle, Aktenzeichen

7.2 BUNDESPFLEGEgeld

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

- nein
- ja
Name der Waise Name der Waise Name der Waise

Bezieht (Beziehen) eine (mehrere) Waise(n) bereits Pflegegeld?

- nein
- ja
Name der Waise Name der Waise Name der Waise

Wenn ja, beantragen Sie eine Erhöhung des Pflegegeldes?

- nein
- ja
Name der Waise Name der Waise Name der Waise

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

- nein
- ja
Name der Waise, Art der Leistung
.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen
- ja
Name der Waise, Art der Leistung
.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen
- ja
Name der Waise, Art der Leistung
.....
auszahlende Stelle, Aktenzeichen



8. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG

Hat der / die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes **eine Eigenpension** bezogen?

ja

nein ⇒ Bitte nachstehende Erklärung unterfertigen:

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Witwen-, Witwer- und Waisenpension, Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin, Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

9. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht für

die Witwe / den Witwer,
die hinterbliebene eingetragene Partnerin /
den hinterbliebenen eingetragenen Partner

die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – erst nach Einsendung des vom Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) ausgefertigten „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ möglich.

wird nicht gewünscht für

die Witwe / den Witwer,
die hinterbliebene eingetragene Partnerin /
den hinterbliebenen eingetragenen Partner

die Waise(n)

Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

10. 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 sowie jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend (zB Spitalsaufenthalt) – innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens sind binnen **sieben Tagen** (Waisen binnen **zwei Wochen**) zu melden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....
Ort / Datum

.....
Siegel und Unterschrift





Abteilung / Versicherungsnummer

Familienname der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / des hinterbliebenen eingetragenen Partners:

FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER WITWENPENSION / DER WITWERPENSION, DER PENSION FÜR HINTERBLIEBENE EINGETRAGENE PARTNERIN / DER PENSION FÜR HINTERBLIEBENEN EINGETRAGENEN PARTNER

Die Witwenpension / die Witwerpension bzw. die Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / die Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner beträgt zwischen 0 und 60 Prozent der Pension, auf die die verstorbene Ehegattin / der verstorbene Ehegatte / die verstorbene eingetragene Partnerin / der verstorbene eingetragene Partner Anspruch gehabt hat oder hätte. Für die Ermittlung des Prozentsatzes der Witwenpension / der Witwerpension / der Pension für hinterbliebene eingetragene Partnerin / der Pension für hinterbliebenen eingetragenen Partner ist die Bildung der Berechnungsgrundlage für die / den Hinterbliebene(n) als auch für die / den Verstorbene(n) erforderlich. Maßgebend für die Höhe der Berechnungsgrundlage ist das **Bruttoeinkommen der / des Hinterbliebenen und der / des verstorbenen Ehegattin / Ehegatten / eingetragenen Partnerin / eingetragenen Partners in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes der / des Versicherten.**

Ausnahme: Hat sich jedoch das Bruttoeinkommen in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Tod des / der Versicherten in Folge Krankheit oder Arbeitslosigkeit vermindert oder wurde in dieser Zeit die unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit wegen Krankheit, Gebrechen oder Schwäche eingeschränkt, ist für die **Berechnungsgrundlage des / der Verstorbenen** die Summe der **Bruttoeinkommen der letzten vier Kalenderjahre vor dem Zeitpunkt des Todes** maßgebend, wenn dies für die Witwe / den Witwer / die hinterbliebene eingetragene Partnerin / den hinterbliebenen eingetragenen Partner günstiger ist.

Um die Höhe der Berechnungsgrundlagen 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 nachstehenden Fragen betreffen daher grundsätzlich den Zeitraum der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Tod der Ehegattin / des Ehegatten / der eingetragenen Partnerin / des eingetragenen Partners (zB Todestag am 15.4.2013 => daher maßgeblicher Zeitraum 1.1.2011 bis 31.12.2012) und es sind sowohl **inländische als auch ausländische Einkünfte** mit allen Änderungen bekannt zu geben.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>

1. Einkünfte des / der Verstorbenen

Hat sich das Bruttoeinkommen des / der Versicherten in den letzten beiden Kalenderjahren vor dem Tod in Folge Krankheit oder Arbeitslosigkeit vermindert oder wurde in dieser Zeit die unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit wegen Krankheit, Gebrechen oder Schwäche eingeschränkt?

- ja => Die Angaben beziehen sich auf die letzten **vier Kalenderjahre** vor dem Tod der / des Versicherten.
- nein => Die Angaben beziehen sich auf die letzten **zwei Kalenderjahre** vor dem Tod der / des Versicherten.



ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
<p>Pensions-Renten-Ansprüche (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger)</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger</p> <p><input type="checkbox"/> ausländischer Versicherungsträger</p>	<p>Träger / Anstalt:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p> <hr/> <p>Träger / Anstalt:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p> <hr/> <p>Träger / Anstalt:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p> <p>Anzahl der Bezüge pro Jahr:</p>
<p>Ruhe- Versorgungsgenuss aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p>
<p>Unselbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensnachweise und gegebenenfalls Unterlagen über die Altersteilzeit beilegen)</p> <p>1. Dienstgeber (Name und Anschrift)</p> <p>Lohn / Gehalt</p> <p>Altersteilzeit</p> <p>Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt</p> <p>Art und Ausmaß</p>	<p>Zeitraum der 1. Erwerbstätigkeit: von: bis:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p>brutto EUR</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich</p> <p>.....</p>
<p>2. Dienstgeber (Name und Anschrift)</p> <p>Lohn / Gehalt</p> <p>Altersteilzeit</p> <p>Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt</p> <p>Art und Ausmaß</p>	<p>Zeitraum der 2. Erwerbstätigkeit: von: bis:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p>brutto EUR</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich</p> <p>.....</p>



ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
<p>Selbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>(Geschätzte) Einkünfte der maßgebenden Kalenderjahre</p>	<p>Art / Funktion:</p> <p>Standort:</p> <p>von: bis:</p> <p>EUR</p>
<p>Sonstige Leistungen (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Wochengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabilitationsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Notstandshilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Weiterbildungsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Umschulungsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Sonderunterstützung</p> <p><input type="checkbox"/> Übergangsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss</p> <p><input type="checkbox"/> Administrativpension bzw. Überbrückungszahlung ⇒</p>	<p>Auszahlende Stelle:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>von: bis:</p> <p>tgl. EUR</p> <p>mtl. EUR</p> <p>Wurden Beiträge zur Selbst- oder Weiterversicherung zur Pensionsversicherung während dieses Bezuges im maßgebenden Zeitraum entrichtet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse (bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen) Eigengrund selbst bewirtschaftet (gepachtet)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Aktenzeichen:</p> <p>Einheitswert:</p> <p>Anteil:</p> <p>Wo?</p> <p>Von wann bis wann?</p> <p>Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz?</p> <p>.....</p>
<p>Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen (bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Auszahlende Stelle:</p> <p>.....</p> <p>von: bis:</p> <p>mtl. EUR</p>
<p>Sonstige bisher nicht angeführte Einkünfte (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Auszahlende Stelle:</p> <p>.....</p> <p>von: bis:</p> <p>mtl. EUR</p>



2. Einkünfte der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / des hinterbliebenen eingetragenen Partners; die Angaben betreffen die Einkünfte der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin / des hinterbliebenen eingetragenen Partners in den letzten **zwei Kalenderjahren** vor dem Tod der Ehegattin / des Ehegatten / der eingetragenen Partnerin / des eingetragenen Partners.

ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
<p>Pensions-Renten-Ansprüche (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger)</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger</p> <p><input type="checkbox"/> ausländischer Versicherungsträger</p>	<p>Träger / Anstalt:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p> <hr/> <p>Träger / Anstalt:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p> <hr/> <p>Träger / Anstalt:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p> <p>Anzahl der Bezüge pro Jahr:</p>
<p>Ruhe- Versorgungsgenuss aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis (bitte Nachweise beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Ehemaliger Dienstgeber bzw. auszahlende Stelle:</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>mtl. brutto EUR</p>
<p>Unselbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensnachweise und gegebenenfalls Unterlagen über die Altersteilzeit beilegen)</p> <p>1. Dienstgeber (Name und Anschrift)</p> <p>Lohn / Gehalt</p> <p>Altersteilzeit</p> <p>Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt</p> <p>Art und Ausmaß</p>	<p>Zeitraum der 1. Erwerbstätigkeit:</p> <p>von: bis:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p>brutto EUR</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich</p> <p>.....</p>
<p>2. Dienstgeber (Name und Anschrift)</p> <p>Lohn / Gehalt</p> <p>Altersteilzeit</p> <p>Sachbezüge an Stelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn / Gehalt</p> <p>Art und Ausmaß</p>	<p>Zeitraum der 2. Erwerbstätigkeit:</p> <p>von: bis:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p>brutto EUR</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich</p> <p>.....</p>



ART DER EINKÜNFTE	Weitere Angaben
<p>Selbstständige Erwerbstätigkeit (bitte Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung beilegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>(Geschätzte) Einkünfte der maßgebenden Kalenderjahre</p>	<p>Art / Funktion:</p> <p>Standort:</p> <p>von: bis:</p> <p>EUR</p>
<p>Sonstige Leistungen (bitte Nachweise beilegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Rehabilitationsgeld <input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Notstandshilfe <input type="checkbox"/> Weiterbildungsgeld <input type="checkbox"/> Umschulungsgeld <input type="checkbox"/> Sonderunterstützung <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss <input type="checkbox"/> Administrativpension bzw. Überbrückungszahlung</p>	<p>1) Auszahlende Stelle: von: bis:</p> <p>tgl. EUR mtl. EUR</p> <p>2) Auszahlende Stelle: von: bis:</p> <p>tgl. EUR mtl. EUR</p>
<p>Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse (bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen) Eigengrund selbst bewirtschaftet (gepachtet) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Aktenzeichen:</p> <p>Einheitswert:</p> <p>Anteil:</p> <p>Wo?</p> <p>Von wann bis wann?</p> <p>Wer erbt oder übernimmt den Grundbesitz? </p>
<p>Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen (bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Auszahlende Stelle: </p> <p>von: bis:</p> <p>mtl. EUR</p>
<p>Sonstige bisher nicht angeführte Einkünfte (bitte Nachweise beilegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Auszahlende Stelle: </p> <p>von: bis:</p> <p>mtl. EUR</p>

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.

.....
 Ort / Datum

.....
 Unterschrift





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