

PENSIONSANTRAG auf

- Alterspension
- Korridorpension (ab 62.Lebensjahr)
- vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer
- Schwerarbeitspension (ab 60.Lj.)
- Erwerbsunfähigkeitspension bzw. Maßnahmen zur Rehabilitation

ÜBERPRÜFUNGSANTRAG auf

- Feststellung der Versicherungszeiten
- Feststellung der Schwerarbeitszeiten
- Feststellung d. Erwerbsunfähigkeit
- Nachrichtung gem. § 39a BSVG

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen

A. Personaldaten des Antragstellers/der Antragstellerin

Familien- oder Nachname				Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr
Vorname				Geburtsort		
Frühere(r) Name(n)				Geburtsurkunde bitte beilegen!		
Derzeitige Staatsbürgerschaft						
Personenstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit	<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend seit		
Heiratsurkunde, Partnerschaftsurkunde, Sterbeurkunde, Scheidungsurteil bzw. Auflösungsurteil bitte beilegen	<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft seit			
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit	<input type="checkbox"/> verwitwet seit	<input type="checkbox"/> hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in seit			
Wohnanschrift			Hausname (vulgo)		Telefon	
Postleitzahl	Postort		politischer Bezirk			

B. Personaldaten des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin

Familien- oder Nachname		Vorname		Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr
Frühere(r) Name(n)		Gemeinsamer Haushalt mit Ehepartner/in bzw. eingetragenen Partner/eingetragener Partnerin gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Beruf						

C. Personaldaten der Kinder (Enkel) für die Gewährung des Kinderzuschusses:

- Alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr anführen.
- Alle Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr anführen, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz ausüben oder erwerbsunfähig sind.
- Enkel und Stiefkinder nur dann anführen, wenn sie mit dem/der Antragsteller/in ständig in Hausgemeinschaft leben und Enkel darüber hinaus gegen ihn/sie einen Unterhaltsanspruch haben.

Nachname	Vorname	ehelich, legitimiert, unehelich, Wahl-, Stiefkind, Enkel	Kinderzuschuss über das 18. Lebensjahr beantragt wegen	Versicherungsnummer		
				Tag	Monat	Jahr

Geburtsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennung, Bestätigung über den ordnungsgemäßen Schulbesuch (Berufsausbildung), Lehrvertrag bzw. ärztliche Bestätigung bitte beilegen!

D. Angaben über die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft (Ende der Pflichtversicherung). Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte usw. und den (die) zuletzt erhaltenen Einheitswertbescheid(e) bitte beilegen.

Eigengrund, Fruchtgenuss des Antragstellers/der Antragstellerin				
Übergabe, Verkauf, Verpachtung		zurückbehaltene, bewirtschaftete Flächen		
am	Ausmaß in ha	Ausmaß in ha	Kulturart	letzter Einheitswert
Eigengrund, Fruchtgenuss des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin				
Pachtgründe, sonstige Nutzflächen des Antragstellers/der Antragstellerin				
Rückgabe		weiterhin gepachtet bzw. auf sonstige Art genützt		
am	Ausmaß in ha	Ausmaß in ha	Kulturart	letzter Einheitswert
Pachtgründe, sonstige Nutzflächen des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin				
Wovon wird seit der Betriebsaufgabe vorwiegend der Lebensunterhalt bestritten?				

E. Unterhaltsverpflichtungen und Unterhaltsansprüche zur Feststellung der Ausgleichszulage

1. Hat der/die Antragsteller/in Kinder überwiegend zu erhalten?				
Deren Namen und Geburtsdaten	Eigenes Einkommen; Art (Lehrlingsentschädigung, Arbeitsverdienst usw.)			netto mtl. EUR
2. Einkünfte der Eltern				
Verwandtschaftsgrad zum Antragsteller/zur Antragstellerin	Name und Beruf des/der Unterhaltspflichtigen		Gemeins. Haushalt	mtl. Höhe des Nettoeinkommens
Vater			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mutter			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Tatsächlicher Unterhalt vom Ehepartner/von der Ehepartnerin (sofern geschieden oder getrennt lebend) / vom eingetragenen Partner/von der eingetragenen Partnerin (sofern die eingetragene Partnerschaft aufgelöst wurde oder getrennt lebend)				
Name und Anschrift	Geburtsdatum	Rechtsgrundlage (Urteil, Vergleich, Vertrag)		Höhe des mtl. Unterhaltes
4. Die Eltern haben – der Ehepartner/die Ehepartnerin (sofern geschieden) / der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin (sofern die eingetragene Partnerschaft aufgelöst wurde) hat – noch folgende weitere Angehörige zu erhalten:				
Name und Geburtsdatum		Verwandtschaftsverh.	Eig. Einkommen d. Angehörigen Art	mtl. EUR
5. Erhält der/die Antragsteller/in weitere Unterhaltsleistungen?	von wem/Verwandtschaftsverhältnis/mtl. Höhe			

F. Erwerbstätigkeiten (Beschäftigungen) und Einkünfte in Geld oder Geldeswert zum Zeitpunkt der Antragstellung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Art der Einkünfte	Antragsteller/in	Ehepartner/in (auch wenn geschieden) / eingetragene/r Partner/in (auch wenn eingetragene Partnerschaft aufgelöst)
1. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf? <small>(Bitte den letzten Einkommenssteuerbescheid beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art / Standort	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art / Standort
2. Unselbständige Erwerbstätigkeit als Arbeiter/in, Angestellte/r, Beamter/Beamtin, Lehrling, Heimlehrling, Mitarbeiter/in im elterlichen Betrieb. Auch freie Dienstverträge und geringfügige Beschäftigungen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/in / Anschrift mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/in / Anschrift mtl. Bezug EUR
3. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeithilfe, Rehabilitationsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenkasse / regionale Geschäftsstelle des AMS mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenkasse / regionale Geschäftsstelle des AMS mtl. Bezug EUR
4. Ruhe-(Versorgungs-)genuss, Pension aus einem Beamtenverhältnis, Abgeordnetenpension <small>(Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
5. Bezug nach dem Kriegsoffer-, Heeresversorgungs- oder Opferfürsorgegesetz <small>(Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
6. Wird eine Geldleistung bezogen von . . . ; oder wurde ein Antrag gestellt bei . . . <small>(Gegebenenfalls den betreffenden Versicherungsträger ankreuzen.)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)
<input type="checkbox"/> der Pensionsversicherungsanstalt	Aktenzeichen (AZ)	Aktenzeichen (AZ)
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Pensionsversicherung	Versicherungsnummer (VSNR)	Versicherungsnummer (VSNR)
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Unfallversicherung	VSNR	VSNR
<input type="checkbox"/> der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem ausländischen Versicherungsträger (Anschrift)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der öffentlichen Fürsorge (auch Pflegegeld, Blindenbeihilfe u.ä.)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	AZ	AZ
7. Sonstige Einkünfte (z.B. Ausgedinge, Leibrenten, Firmenpensionen, Bürgermeister/in-pension, Hinterbliebenenversorgung nach einem/einer Bürgermeister/in, Aufwandsentschädigungen, Provisionen, Vermögenszinsen, Bezüge als Funktionär/in, Einnahmen aus Zimmer- und Wohnungsvermietung, Vermietung von Ställen und Scheunen etc. für gewerbliche und sportliche Zwecke, Pachteinnahmen aus Grundflächen, Pachteinnahmen aus Campingplätzen, Alimente, Unterhaltsleistungen, Einkünfte aus Agrargemeinschaften usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.

G. Angaben über den Gesundheitszustand (bereits vorhandene ärztliche Befunde beilegen!)

1. Wegen welcher Krankheiten oder Gebrechen hält sich der/die Antragsteller/in für dauernd erwerbsunfähig?	
2. Bedarf der/die Antragsteller/in ständig der Hilfe und beantragt deshalb das Pflegegeld?	
3. Ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit durch Dritte oder einen Arbeitsunfall (Berufskrankheit) verursacht worden? Name und Anschrift der schädigenden Person anführen!	
4. War der/die Antragsteller/in in den letzten drei Jahren in Krankenhauspflege? Von wann bis wann? In welchem Krankenhaus?	
5. Ist der/die Antragsteller/in geh- bzw. reisefähig und daher imstande, zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	

H. Wenn der/die Antragsteller/in den Antrag nicht selbst stellt, Name und Anschrift des/der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte beilegen.)

.....
Hat der/die Antragsteller/in eine(n) Sachwalter/in (Vormund), Name und Anschrift des Sachwalters/der Sachwalterin (Vormundes) **(Bitte Bestätigung des Pflegeschaftsgerichtes über den Umfang der Vertretungsbefugnis beilegen!)**
.....

I. Ich bin an einem (weiteren) **Nachkauf von Schul-/Studienzeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert. ja nein

J. Pensionsauszahlung

Der/Die Antragsteller/in wünscht, dass die Pension

auf das Konto bei der

- Kasse	in
- Bank	

IBAN:....., BIC:..... überwiesen wird.

(Bitte den Überweisungsantrag, der von diesem Geldinstitut ausgestellt wird, beilegen.)

durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird.

K. Ich ermächtige die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, 1030 Wien, Ghegastraße 1 (Creditor-ID: AT34ZZZ00000007181), Kostenanteile von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern auf mein Konto gezogene SEPA-Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. ja nein

L. Der/Die Unterzeichnete ist damit einverstanden, medizinische Gutachten die beim Land, Magistrat bzw. in der Bezirkshauptmannschaft erstellt wurden, für die sinngemäße Verwendung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu überlassen.

M. **Lohnsteuer:** Für die Berücksichtigung des **Alleinverdiener-/Alleinerzieherabsetzbetrages** ist die Vorlage einer Erklärung erforderlich. Dafür erhalten Sie über Anforderung von unserer Anstalt oder vom Finanzamt das Formular **E30**.

Für den Fall, dass die Entrichtung von freiwilligen Beiträgen zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen notwendig ist, gilt dieser Pensionsantrag auch als Antrag auf Weiterversicherung.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich verpflichte mich, alle künftig anfallenden Geld- und Sachleistungen, deren Erhöhung sowie jede Änderung in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, insbesondere die Aufgabe des gemeinsamen Haushaltes mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin / dem eingetragenen Partner/der eingetragenen Partnerin, den Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin oder der Kinder und die Änderung meines Wohnsitzes sofort, längstens innerhalb von 2 Wochen, mitzuteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Änderung in der Höhe des Erwerbseinkommens innerhalb von 7 Tagen bekannt zu geben ist.

Anzahl der Beilagen:

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

Zur Beachtung! Um Nachteile für den/die Antragsteller/in bei der Festsetzung des Pensionsbeginnes zu vermeiden, sind Anträge sofort an die Anstalt weiterzuleiten, also auch dann, wenn die erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) nicht oder noch nicht vollständig beigelegt werden können. Fehlende Nachweise sind ehestens nachzusenden. Alle Urkunden und Beilagen sind gebührenfrei, wenn sie nur für diesen Antrag verwendet werden sollen!

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle:

Dieser Antrag sowie das Beiblatt wurden von der unterzeichnenden Stelle als Niederschrift im Sinne des § 14 AVG aufgenommen. Die Partei wurde zur Wahrheitspflicht ermahnt und auf die Folgen unwahrer Angaben hingewiesen.

.....
Ort und Datum

.....
Stempel und Unterschrift