

VSNR:

Name:

## Antrag auf Weitergewährung der Waisenpension über das 18. Lebensjahr

für: ..... wegen  
Zu- und Vorname Versicherungsnummer / Geburtsdatum

**SCHULAUSSCHULUNG**

- Schule:  
 (Schulbesuchsbestätigung beilegen)  
 Beginn: ..... Voraussichtliche Dauer bis .....

**Nach Beendigung der Schulausbildung wird beabsichtigt:**

- die Ableistung des Präsenzdienstes  nein  ja .....  
(voraussichtlich von – bis)
- die Aufnahme einer weiteren Ausbildung  
 nein  ja bitte die unten angeführten Punkte Studium oder Berufsausbildung  
 entsprechend ausfertigen.

**STUDIUM**

- Universität, Fachhochschule, Akademie:  
 (Studienbestätigung bzw. Fortsetzungsbestätigung beilegen)  
 Beginn: ..... Voraussichtliche Dauer bis .....
- Bezieher(in) der Familienbeihilfe: .....  
Zu- und Vorname Versicherungsnummer

Wird (wurde) eine Erwerbstätigkeit ausgeübt bzw. ein Berufspraktikum im Rahmen des Lehrplanes absolviert?

- ja .....  nein  
(Dienstgeberbestätigung über Art der Tätigkeit, Anzahl der Wochenstunden und Höhe des Brutto- und Nettoeinkommens beilegen)

Wird (wurde) eine sonstige Leistung bezogen oder beantragt?

- ja .....  nein  
(z.B. Arbeitslosengeld, eine Geldleistung nach dem AMSG; Krankengeld, Wochen-  
 geld, Kinderbetreuungsgeld; Bestätigung beilegen)

**BERUFSAUSSCHULUNG / TÄTIGKEIT NACH DEM FREIWILLIGENGESETZ**

Beginn: ..... Voraussichtliches Ende: .....  
(Lehrvertrag und Bestätigung über die Höhe der Nettolehrlingsentschädigung / Vereinbarung beilegen)

**ERWERBSUNFÄHIGKEIT**

wegen: .....  
(Ärztliche Bestätigung über Art und Dauer des Leidens beilegen)

**PENSIONSANWEISUNG – Die Anweisung auf ein Pensionskonto**

- wird gewünscht  
(Überweisungsantrag von zuständigen Geldinstitut beilegen)
- wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt**

**Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Gesetz verpflichtet, jede Änderung der in diesem Fragebogen gemachten Angaben innerhalb von zwei Wochen bekannt zu geben und zu Unrecht empfangene Leistungen rückzuerstatten.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

Sämtliche erforderlichen Nachweise wollen Sie bitte im **Original** oder in **Kopie** beischließen.