

Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antrag auf Weiter(Selbst)versicherung in der Pensionsversicherung

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

Familienname: Vorname:

Frühere Namen:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: Geburtsort / Land:

Personenstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft lebend hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)
 in aufgelöster eingetragener Partnerschaft lebend

Anschrift:

.....
 Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

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

2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

<input type="checkbox"/> Mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person	Nachweis* liegt bei	wird nachgereicht
(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))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevollmächtigte Person

Name, Anschrift und Telefonnummer:

***Vollmacht, Vorsorgevollmacht, Vertretungsvereinbarung, Gerichtsbeschluss über die Obsorge oder Bestellung zum/ zur gerichtlichen Erwachsenenvertreter(in)**

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



Ich beantrage die Weiter(Selbst)versicherung ab (frühestens ein Jahr vor der Antragstellung) bzw. von bis

3. FRAGEN ZUR WEITER(SELBST)VERSICHERUNG

- 3.1 Sind Sie erwerbstätig? ja nein
 unselbständig
.....
Dienstgeber (Name und Anschrift)
 selbständig als
.....
Name und Standort der Firma (der Kanzlei, Praxis etc.)
- 3.2 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis? ja nein
- 3.3 Stehen Sie in einem unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft bzw. zu einem Betrieb, einer Anstalt, einer Stiftung oder einem Fonds einer solchen Körperschaft mit Anspruch auf Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein
- 3.4 Stehen Sie im Bezug einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein
Zuständiges Arbeitsmarktservice:
- 3.5 Beziehen Sie Krankengeld? ja nein
- 3.6 Beziehen Sie eine monatliche Leistung nach dem Sozialhilfegesetz? ja nein
Von welcher Stelle: Aktenzeichen:
- 3.7 Haben Sie sonstige Einkünfte? ja nein
Art der Einkünfte (z.B.: aus geringfügiger Beschäftigung, Vermietung, Verpachtung etc.)
.....
- 3.8 Haben Sie einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Leistung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung (auch im Ausland) oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein
Versicherungsträger: Aktenzeichen:
- 3.9 Beziehen Sie einen Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss? ja nein
Auszahlende Stelle:
- 3.10 Beziehen Sie eine Geldleistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung? ja nein

4. ANTRAG AUF HERABSETZUNG DER BEITRAGSGRUNDLAGE

Ich beantrage die Herabsetzung der Beitragsgrundlage ja nein
auf monatlich EUR



Die Bewilligung der Herabsetzung der Beitragsgrundlage ist an gesetzliche Voraussetzungen gebunden und von den Einkommensverhältnissen abhängig. Sie werden daher um Einsendung Ihrer Einkommensnachweise und Beantwortung folgender Fragen ersucht:

- 4.1 Bezieht Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte/Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner eigene Einkünfte? ja nein
Wenn ja, Nachweis über das Einkommen vorlegen
- 4.2 Sind Sie oder Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte/Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner einem oder mehreren Kinder gegenüber unterhaltspflichtig? ja nein
Wenn ja, bitte Geburtsurkunde(n) vorlegen
- 4.3 Sind Sie oder Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte/Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner anderen Personen gegenüber unterhaltspflichtig? ja nein
Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe der Unterhaltszahlung und um Vorlage von Nachweisen für die Zahlungsverpflichtung (z.B.: gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt)
- 4.4 Erhalten Sie Unterhalt? ja nein
Wenn ja, bitte um Bekanntgabe der Höhe des Unterhalts und um Vorlage von Nachweisen über den Unterhalt (z.B.: gerichtliches Urteil, Vergleich, vertragliche Verpflichtung oder Zahlungsabschnitt)
Besteht gegenüber Ihnen keine Unterhaltungspflicht, bitten wir um Vorlage diesbezüglicher Nachweise. zB: Scheidungsurteil, gerichtliche Auflösungsentscheidung, Vergleichsausfertigung oder Gerichtsbeschluss)

EINKOMMENSNACHWEISE

Bei selbständiger oder ähnlicher Tätigkeit den letzten Einkommenssteuerbescheid, bei unselbständiger Erwerbstätigkeit eine Gehalts- oder Lohnbestätigung, aufgegliedert nach Zulagen und Abzügen, bei Pensions- oder Rentenanspruch bzw. Ruhe- oder Versorgungsgenuss den Auszahlungsnachweis vorlegen bzw. Nachweise über sonstige Einkünfte.

Sollte keiner dieser Nachweise erbracht werden können, benötigen wir eine wahrheitsgemäße Erklärung über Ihr derzeitiges Einkommen.

Wir weisen darauf hin, dass eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage zu einer niedrigeren Pensionsleistung führen kann!

5. ANGABEN ZUR BEGÜNSTIGTEN WEITER(SELBST)VERSICHERUNG FÜR PFLEGEPERSONEN

Pflegen Sie eine(n) nahe(n) Angehörige(n) mit Anspruch auf Pflegegeld in der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7? ja nein

Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, um eine(n) nahe(n) Angehörige(n) zu pflegen? ja nein

Inwieweit wird Ihre Arbeitskraft durch die Pflege beansprucht? gänzlich erheblich

Familienname und Vorname des/der zu pflegenden Angehörigen:

Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum:

Anschrift:

Wenn die Pflege nicht unter der vorstehenden Adresse erfolgt, geben Sie bitte die Pflegeanschrift an:

.....

Angehörigeneigenschaft:

(z.B.: Ehegatte, Mutter, Bruder, Lebensgefährte)

Hinweis: Die begünstigte Weiter(Selbst)versicherung ist nicht nur für die Pflege der eigenen Angehörigen, sondern auch für die eines Lebensgefährten (einer Lebensgefährtin), sowie mit diesen/dieser verschwägerten Personen möglich.



Hat der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 3, 4, 5, 6 oder 7 nach dem Bundespflegegeldgesetz?

ja nein

Seit wann?

Auszahlende Stelle: Aktenzeichen:

Bitte Nachweise beilegen.

Seit wann wird der (die) Angehörige von Ihnen gepflegt?

Wird der (die) Angehörige auch von einer anderen Person gepflegt, die einen Antrag auf begünstigte Weiter(Selbst)versicherung eingebracht hat bzw. bereits begünstigt weiter(selbst)versichert ist?

ja nein

6. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden die Versicherungszeiten bereits festgestellt (z.B.: 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 Kranken-/Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes
 - der Kindererziehung
 - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)
 - des Präsenz-/Zivil- oder Ausbildungsdienstes
- im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres an.

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

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.



7. STEUERLICHE BERÜCKSICHTIGUNG

Sind Sie mit der elektronischen Übermittlung der Zahlungsbestätigung an das zuständige Finanzamt, zwecks Berücksichtigung im Rahmen der automatischen Arbeitnehmerveranlagung (AANV), einverstanden? *(Gilt NUR für Anträge auf Weiterversicherung!)*

ja

nein

Sollten Sie **nicht** einverstanden sein, weisen wir darauf hin, dass **weder** seitens des Finanzamtes eine automatische Berücksichtigung erfolgen kann, **noch** Sie selbst Ihre Zahlungen über die Steuerklärung geltend machen können.

8. ZAHLUNGSART

Für die Leistung der monatlichen Beiträge empfehlen wir die Einrichtung eines Dauerauftrages bei Ihrem Geldinstitut.

Die erforderlichen Zahlungsdaten für die Überweisung erhalten Sie nach der Antragstellung.

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin



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

