

ANTRAG auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der ERWERBSUNFÄHIGKEIT
 • Rehabilitation / Übergangsgeld
 • Erwerbsunfähigkeitspension
 Antrag auf Rente in
 Vertragsstaat

ANFRAGE wegen Leistungen aus dem Versicherungsfall der ERWERBSUNFÄHIGKEIT
 • Rehabilitation / Übergangsgeld
 • Erwerbsunfähigkeitspension
 Antrag auf Feststellung der Versicherungszeiten in
 Vertragsstaat

Eingangsstempel	
VSNR	
Aktenzeichen	Referenznummer
Bezugsnummer	Karteivermerk

zum Stichtag **01.** .

1 Personaldaten der versicherten Person
(Namen in Blockschrift, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Zuname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften			Staatsbürgerschaft	Bezirk
PLZ – Ort		Straße, Gasse, Platz, Hausnr., Stiege, Stock, Tür		
Telefonnummer(n)	Fax	E-Mail		
Familienstand ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft seit				

2 Personaldaten der Angehörigen

2.1 Ehepartner eingetragener Partner Lebensgefährte

Zuname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	VSNR bzw. Geburtsdatum	gem. Haushalt ja nein
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften				

2.2 Personaldaten der Kinder

Kinder sind bei beiden Elternteilen in der Krankenversicherung mitversichert. Ein Kinderzuschuss steht nur einem Elternteil zu.

<ul style="list-style-type: none"> Kinder der versicherten Person (Vaterschaftsnachweis, wenn die Eltern nicht verheiratet sind) Wahlkinder Stief- und Pflegekinder nur bei ständiger Hausgemeinschaft Enkel nur bei ständiger Hausgemeinschaft und bestehender Unterhaltsverpflichtung 	Generell bis zum 18. Lebensjahr	<p>Darüber hinaus, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn ihre Arbeitskraft durch Schul- oder Berufsausbildung überwiegend beansprucht wird oder ein „Freiwilliges Sozialjahr“ absolviert wird <p>Altersunabhängig</p> <ul style="list-style-type: none"> bei Erwerbsunfähigkeit wegen Krankheit oder Gebrechen 				
Zuname und Vorname	VSNR bzw. Geburtsdatum	Kind; Wahl-, Stief-, Pflegekind; Enkel (Zutreffendes anführen)	Art der Ausbildung	Nettoeinkommen	gem. Haushalt ja - nein	Kinderzuschuss wird bezogen
1						
2						
3						

4.2 Angaben zu bisherigen Erwerbstätigkeiten

4.2.1 Welche Tätigkeiten haben Sie bisher in Österreich oder im Ausland ausgeübt?

Bitte führen Sie für **jedes** Beschäftigungsverhältnis in zeitlicher Reihenfolge eine **genaue** Beschreibung Ihrer Erwerbstätigkeit(en) an.

Erwerbstätigkeit von / bis	genaue Tätigkeitsbeschreibung	Land	selbständig ja - nein

Reicht der Platz nicht aus, so füllen Sie ein weiteres Formblatt „Fragebogen zur Tätigkeitsbeschreibung der Erwerbstätigkeit(en)“ [PPS-060113](#) aus.

5 Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Die Fragen betreffen immer nur **eine** selbständige Tätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten (siehe Punkt 5.1.2). Falls Sie **mehrere unterschiedliche** selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie bitte jeweils ein separates Formblatt **PPS-060107** aus (Fragebogen über Betriebsstruktur und Belastung bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)).

5.1 Fragen zur Betriebsstruktur

5.1.1	Welche selbständige Tätigkeit haben Sie ausgeübt und welche Ausübungsberechtigungen haben Sie dafür benötigt?
-------	---

5.1.2 Nur bei gleichzeitiger Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

		ja – nein
5.1.2.1	Wurden diese im Rahmen eines einheitlichen Unternehmens in einer wirtschaftlichen Einheit (z.B. Handwerk und Handel) ausgeübt? Wenn ja: Welcher Ihrer Tätigkeiten kam die maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zu (gemessen am Umsatz, Arbeitsaufwand etc.)?	
5.1.2.2	Wurden diese im Rahmen mehrerer getrennter Betriebe ausgeübt? Wenn ja: Welcher dieser Betriebe erbrachte für sich allein genommen kein existenzsicherndes Einkommen? (Bitte begründen!)	
5.1.2.3	Haben die Tätigkeiten, denen keine maßgebliche wirtschaftliche Bedeutung zugekommen ist, jeweils für sich genommen, im Durchschnitt unter 10 Prozent zwischen 10 u. 20 Prozent über 20 Prozent des Gesamtumsatzes ausgemacht? Wenn ja, welche?	

5.1.3 Wie viele Dienstnehmer, Familienangehörige bzw. Mitunternehmer sind (waren) im Unternehmen beschäftigt?

keine Anzahl:
 hiervon Vollzeit , Teilzeit ; als Arbeiter , als Angestellte

Veränderungen (in den letzten fünf Jahren)

Anzahl der Mitarbeiter	Arbeiter/Angestellte	vor 5 Jahren	vor 3 Jahren	zuletzt

5.1.3.1	Bitte beschreiben Sie die Stellung und Aufgaben der Mitarbeiter		
5.1.3.2	Können Ihre Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, auch von Mitarbeitern in Ihrem Betrieb ganz oder teilweise auf Dauer oder vorübergehend übernommen werden?		
5.1.3.3	Welche Gründe sprechen dagegen, dass die von Ihnen ausgeführten, belastenden Tätigkeiten ganz oder teilweise den im Betrieb mittätigen Personen übertragen werden?		
5.1.3.4	Können Sie die belastenden Tätigkeiten einem neuen Dienstnehmer übertragen?		
5.1.4	Welche Betriebsmittel wurden im Wesentlichen verwendet? (Angaben über die räumliche und maschinelle Betriebsausstattung, die Anzahl und Art der Fahrzeuge und dgl. mehr)		
5.1.5	Hat sich die Betriebsstruktur in den letzten fünf Jahren verändert? Wenn ja, nähere Angaben (z.B. Umsatz, Anzahl der Betriebsstätten):	ja – nein	
	Zeitangabe	Art der Änderung	
5.1.6	Beabsichtigen Sie, die selbständige(n) Erwerbstätigkeit(en) weiter auszuüben? Wenn ja:		ja – nein
5.1.6.1	Sind Einschränkungen geplant? Wenn ja: In welcher Form?		

		ja – nein
5.1.6.2	<p>Wurden Einschränkungen bereits durchgeführt? Wenn ja: In welcher Form?</p>	
5.1.7	<p>Wie hoch war die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit vor Auftreten Ihrer gesundheitlichen Probleme?</p>	
5.1.8	<p>Wie hoch ist derzeit Ihre durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden pro Tag – Tage pro Woche)</p>	
5.1.9	<p>Welche Tätigkeiten (Art und Dauer) haben Sie im Unternehmen selbst ausgeführt? a) Körperlich stark belastende Arbeiten: Wenn ja: Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	
	<p>b) Unternehmensleitung, insbesondere Kontroll- und Aufsichtsfunktion: Wenn ja: Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>c) Sonstige manuelle Tätigkeiten: Wenn ja: Art und Dauer (Stunden pro Tag):</p>	
5.1.10	<p>Welche Tätigkeiten können aufgrund Ihrer Beschwerden aus Ihrer Sicht nicht mehr ausgeführt werden? Bitte führen Sie konkrete Tätigkeiten an.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1.11	<p>Haben Sie Vorschläge, wie durch Modernisierung der Betriebsausstattung, Anschaffung von Hilfsmitteln/Maschinen/Geräten (Transportgeräten, Hebeeinrichtungen) die berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen aufrechterhalten werden kann?</p>	
5.1.12	<p>Gibt es andere Maßnahmen, durch die Sie sich noch von den belastenden Tätigkeiten entbinden können? (wie zum Beispiel Ausbildung, Weiterbildung, ...)</p>	
5.1.13	<p>Wie hoch war Ihr durchschnittlicher jährlicher Gewinn vor Steuern in den letzten drei Jahren?</p>	

5.2 Fragen zur Einschätzung der Belastung

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Angaben im jeweiligen Kästchen an und beantworten Sie die Zusatzfragen.

Die Fragen betreffen immer nur **eine** selbständige Tätigkeit bzw. die **gleichzeitige** Ausübung mehrerer Erwerbstätigkeiten. Falls Sie **mehrere unterschiedliche** selbständige Tätigkeiten nacheinander ausgeübt haben, füllen Sie bitte jeweils ein separates Formblatt [PPS-060107](#) aus (Fragebogen über Betriebsstruktur und Belastung bei Ausübung der selbständigen Tätigkeit(en)).

Meine selbständige(n) Tätigkeit(en) als

übte ich von (Monat und Jahr)

bis

aus.

Die Verrichtungen erfolgten:

im Gehen	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
im Stehen	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
im Sitzen	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
mit Bücken	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
in vorgeneigter Haltung	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
in Schulterhöhe	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
über Schulterhöhe	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
mit Knien/Hocken	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Welcher Art?			
mit Heben/Tragen leichter Lasten (bis 10 kg)	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
mit Heben/Tragen mittelschwerer Lasten (bis 25 kg)	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Welcher Art?			
mit Heben/Tragen schwerer Lasten (über 25 kg)	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Welcher Art?			
mit Zwangshaltungen (Überkopparbeit, auf Knien etc.)	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Welcher Art?			
mit erhöhter Verletzungsgefahr (Absturzgefahr, an laufenden Maschinen etc.)	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Welcher Art?			
unter Kälte-, Nässe-, Hitzeeinwirkung unter Einwirkung	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
von Rauch, Staub, chemischen Stoffen, Dämpfen.....	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Welcher Art?			
mit besonderer Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
mit erhöhter Konzentration	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
unter besonderem Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nicht
Gibt es darüber hinaus noch erwähnenswerte Umstände Ihrer Tätigkeit, nach denen bisher nicht gefragt wurde (z. B. ständige Lärmeinwirkung, Nachtarbeit)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche?

6 Angaben zur Rehabilitation

				ja – nein
6.1	Haben Sie bereits in der Pensions- oder Unfallversicherung ein Kur-/Rehabilitationsverfahren beantragt? Wenn ja: Antragsdatum und Versicherungsträger			
6.2	Haben Sie (aktuell) einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt? Wenn ja: Antragsdatum und Versicherungsträger			
6.3	Wurden/werden bereits Kur-/Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt bzw. durchgeführt? Wenn ja, welche? Bitte geben Sie die Maßnahmen der letzten fünf Jahre an:			
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger
6.4	Sind Ihrerseits berufliche Veränderungen geplant? Wenn ja, welche?			
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger
6.5	Haben Sie konkrete Vorstellungen über eine mögliche Ausbildung bzw. Umschulung?			
	Maßnahme	von	bis	Kostenträger

7 Angaben zum Gesundheitszustand

7.1 Aufgrund welcher **gesundheitlichen Beschwerden** können Sie **derzeit** nicht mehr ausreichend mitarbeiten?

Krankheit	seit

7.2 Haben Sie noch **andere Leiden** bzw. **schwere Erkrankungen** mit längerer Behandlungsdauer?

Art des Leidens bzw. der schweren Erkrankung	Zeitraum

7.3 Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikamentes	fallw.	regelm.	seit

7.4 Bei welchen **Ärzten** stehen Sie in Behandlung?

Name	Fachrichtung	Adresse

7.5 Bitte führen Sie **Krankenhausaufenthalte**, **Operationen** und **Unfälle** in zeitlicher Reihenfolge an (letzten **fünf** Jahre)

Krankenhaus	Aufenthaltsgrund	Zeitraum

Reicht der Platz nicht aus, füllen Sie ein weiteres Formblatt „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ ([PPS-060109](#)) aus.

		ja – nein
7.6	Können Sie aufgrund eines Leidens nicht zu einer ärztlichen Untersuchung kommen? Wenn ja: ärztliche Bestätigung von Ihrem behandelnden Arzt wird nachgereicht liegt bei	
7.7	Wurden Sie bereits über das Arbeitsmarktservice in der Pensionsversicherungsanstalt untersucht („PVA-Gesundheitsstraße“)? Wenn ja: Datum der Untersuchung:	
7.8	Sind Sie durch einen Unfall (z.B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall) oder eine Körperverletzung durch Fremdverschulden beeinträchtigt? Wenn ja: Form PPS-200203 : wird nachgereicht liegt bei	
7.9	Leiden Sie an einer Berufskrankheit? Wenn ja: Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wird nachgereicht liegt bei	
7.10	Beziehen Sie Pflegegeld oder haben Sie bereits Pflegegeld beantragt? Wenn ja: Auszahlende Stelle:	
7.11	Beantragen Sie wegen Pflegebedürftigkeit Pflegegeld? Wenn ja: Form PPS-190102 wird nachgereicht liegt bei	

8 Angaben zur Erwerbstätigkeit (Pflichtversicherung am Stichtag)

		ja – nein
8.1	Derzeitige Tätigkeiten, Tätigkeiten vor dem Leistungsbeginn	
8.1.1	Üben Sie derzeit eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? (z.B. Gewerbeschein, freier Beruf, Tätigkeit ohne Gewerbeschein, die steuerlich als Gewerbebetrieb oder selbständige Arbeit gilt) Wenn ja: Steuerbescheid liegt vor? ja nein	
8.1.2	Wurde für diese selbständige Erwerbstätigkeit bereits Pflichtversicherung festgestellt? Nur bei „nein“: Haben Sie für diese Erwerbstätigkeit eine Versicherungserklärung abgegeben? Wenn nein: Versicherungserklärung (Form VS-110022) <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
8.1.3	Haben Sie früher eine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt und mittlerweile eingestellt, für die noch keine Pflichtversicherung festgestellt wurde und Sie noch keine Versicherungserklärung abgegeben haben? Wenn ja: Versicherungserklärung (Form VS-110022) liegt bei wird nachgereicht	
8.1.4	Sind Sie derzeit Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (z.B. GesbR, OG, KG, GmbH)? Wenn ja: Firma: Bei KG: <input type="checkbox"/> Komplementär <input type="checkbox"/> Kommanditist GmbH: Beteiligung am Stammkapital: %	
8.1.5	Üben Sie derzeit eine unselbständige Erwerbstätigkeit aus?	

		ja – nein
8.1.6	Sind Sie derzeit als öffentlicher Mandatar (z.B. Bürgermeister, Stadtrat, Gemeinderat) tätig bzw. beziehen Sie als öffentlicher Funktionär Bezüge, die dem Bezügebegrenzungs-gesetz unterliegen (Bezüge oder Ruhebezüge eines Rechtsträgers, der der Kontrolle des Rechnungshofes unterliegt)? Wenn ja: Art der Tätigkeit: _____ mtl. Einkommen: _____	
8.2	Tätigkeiten ab dem Leistungsbeginn	
8.2.1	Werden Sie eine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit ausüben? Wenn ja: selbständig als _____ unselbständig bei _____ mtl. Einkommen: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.2.2	Werden Sie Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (z.B. GesbR, OG, KG, GmbH) sein? Wenn ja: Firma: _____ Bei KG: <input type="checkbox"/> Komplementär <input type="checkbox"/> Kommanditist GmbH: Beteiligung am Stammkapital: _____ %	
	Werden Sie in dieser Gesellschaft eine Tätigkeit ausüben (z.B. als Geschäftsführer, Prokurist, Dienstnehmer, Konsulent)? Wenn ja: Art der Tätigkeit: _____ mtl. Einkommen: _____	
8.2.3	Werden Sie als Betriebsführer eines land- oder forstwirtschaftlichen Betriebes tätig sein? Wenn ja: Einheitswert: _____	
8.2.4	Werden Sie als öffentlicher Mandatar tätig sein? Wenn ja: Art der Tätigkeit: _____ mtl. Einkommen: _____	
8.2.5	Werden Sie als Aufsichtsrat- oder Vorstandsmitglied, Funktionär einer freiwilligen Vereinigung oder eines Kreditinstitutes (z.B. Sparkassengenossenschaft) tätig sein? Wenn ja: Art der Tätigkeit: _____ mtl. Einkommen: _____	
8.2.6	Werden Sie Begünstigter einer Stiftung sein? Wenn ja: Wortlaut der Stiftung _____	
	Werden Sie Geschäftsführer, Prokurist, Dienstnehmer oder sonstiger Mitarbeiter eines Unternehmens sein, das von dieser Stiftung verwaltet wird? Wenn ja: Art der Tätigkeit: _____ mtl. Einkommen: _____	

9 Einkommen

(Auch bereits beantragte und noch nicht bezogene Leistungen anführen!)

		ja – nein
9.1	Beziehen Sie Krankengeld ? Wenn ja: ausgezahlt von/beantragt bei: _____	
9.2	Beziehen Sie Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung ? Wenn ja: ausgezahlt von/beantragt bei: _____	

		ja – nein
9.3	<p>Beziehen Sie eine Leistung aus der Kriegsopfer-, Heeresversorgung oder Opferfürsorge?</p> <p>Wenn ja: ausgezahlt von/beantragt bei:</p>	
9.4	<p>Beziehen Sie eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung (insbesondere Pensionsvorschuss)?</p> <p>Wenn ja: ausgezahlt von/beantragt bei:</p>	
9.5	<p>Beziehen Sie eine weitere Pension oder eine Rente aus der Unfallversicherung?</p> <p>Wenn ja: ausgezahlt von/beantragt bei:</p>	
9.6	<p>Beziehen Sie eine ausländische Leistung (z. B. Rente)?</p> <p>Wenn ja: ausgezahlt von/beantragt bei:</p>	
9.7	<p>Sind Sie oder waren Sie und/oder Ihr (Ehe)Partner Eigentümer land- und forstwirtschaftlich genutzter Grundstücke?</p> <p>Wenn ja: Ausmaß (ha/EHW): Bewirtschaftungsweise: Ehepakt vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
9.8	<p>Beziehen Sie sonstige Einkünfte (z.B. Vermietung & Verpachtung, Leibrenten, Ausgedinge, Wohnrecht, Firmenpensionen, Unterhalt)?</p> <p>Wenn ja: Art der Einkünfte: _____ monatliche Höhe: _____</p>	
9.9	<p>Erzielt Ihr (Ehe)Partner in- oder ausländische Einkünfte? Bei Pensionsbezug Kinderzuschuss bzw. Ausgleichszulage angeben.</p> <p>Wenn ja: Einkommensquelle: _____ Höhe: _____</p>	

10 Krankenversicherung

		ja – nein
10.1	<p>Sind Sie gesetzlich krankenversichert?</p> <p>Wenn ja: Anstalt:</p>	
10.2	<p>Waren Sie im Ausland aufgrund einer Erwerbstätigkeit gesetzlich krankenversichert?</p> <p>Wenn ja: Zeitraum von/bis:</p>	
10.3	<p>Nur GSVG-Krankenversicherte: Beantragen Sie erstmalig oder zur Fortsetzung der Geldleistungsberechtigung ab Pensionsbeginn eine Option in der GSVG-Krankenversicherung?</p> <p>Wenn ja: VS-170003 <input checked="" type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei</p>	
10.4	<p>Melden Sie Angehörige in der Krankenversicherung?</p> <p>Wenn ja: Form VS-150012, 150008 bzw. PPS-120401 <input type="checkbox"/> werden nachgereicht <input type="checkbox"/> liegen bei</p>	

11 Anweisung

		ja – nein
11.1	Soll die Leistung auf ein Pensionskonto überwiesen werden? Wenn ja: Bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ mit Angabe von IBAN und BIC von einem Geldinstitut ausstellen lassen und einsenden. Wenn nein: Barzahlung wird ausdrücklich verlangt	

12 Nur für Ziviltechniker

		ja – nein
12.1	Ich beantrage die Besondere Pensionsleistung wegen Erwerbsunfähigkeit	

13 Antragstellung durch eine andere Person

Ausfüllen, wenn die versicherte Person den Antrag nicht selbst stellt bzw. Vollmacht erteilt			
Bevollmächtigter Vertreter	(Vollmacht	liegt bei	wird nachgereicht)
Sachwalter	(Bestellungsurkunde	liegt bei	wird nachgereicht)
Gesetzlicher Vertreter			
Name, Anschrift und Telefonnummer			
.....			
.....			
.....			
Gilt als Vollmacht (wenn Antrag von der versicherten Person unterfertigt)			

Wichtige Hinweise in Beitragssachen:

1. Offene Beiträge müssen jedenfalls bezahlt werden.
2. Offene Beiträge, die erst nach dem Stichtag bezahlt werden, können auf die Pension grundsätzlich nicht angerechnet werden (Ausnahme: Quartal vor dem Stichtag). Bitte beachten Sie die diesbezüglichen Informationen unseres VersicherungsServices.
3. Vorläufige Beitragsgrundlagen jener Kalenderjahre, für die ein rechtskräftiger Einkommensteuerbescheid dem Versicherungsträger vor dem Pensionsstichtag nicht vorgelegt wird, werden nicht mehr verändert.
4. Bei Fortdauer (Wiederaufnahme) der Erwerbstätigkeit kann weiterhin Versicherungspflicht bestehen. Somit werden auch Beiträge vorgeschrieben.

14 Erklärung zum Antrag aus dem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber informiert, dass Leistungen, die auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Aussagen erbracht wurden, zurückgezahlt werden müssen. Ferner, dass ich **Änderungen** zu meinen Angaben (z.B. im Einkommen, in den Familienverhältnissen, in der Adresse) **innerhalb von zwei Wochen**, die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit **innerhalb von sieben Tagen** der SVA bekannt geben muss.

Ich erkläre mich mit der Verschiebung des Antragsdatums zu jenem Stichtag einverstanden, zu dem die beantragte Leistung gebührt, sollten zu dem für diesen Antrag maßgeblichen Stichtag die **Anspruchsvoraussetzungen noch nicht erfüllt** sein.

Ich **beende** eine allfällige **Weiterversicherung** mit dem Stichtag für die Pensionszuerkennung. Ferner beantrage ich die Rückzahlung eines allfälligen Beitragsguthabens.

Zur **Fristwahrung** beantrage ich vorsorglich für den Fall der Ablehnung meines Pensionsantrages die **Weiterversicherung** in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung im Anschluss an meine Pflichtversicherung.

Folgende Informationen habe ich erhalten:

Infoblatt „Was Pensionisten melden müssen“ ausgefolgt!

Information PPS-060114 ausgefolgt!

Information PPS-010102 ausgefolgt!

Ort und Datum

Unterschrift

Wird von der SVA ausgefüllt!	Die Übereinstimmung der angegebenen Personaldaten mit den vorgelegten Dokumenten wird bestätigt.	Die Dokumente liegen in Kopie bei	Die Dokumente werden nachgereicht
Geburtsurkunde des/der Versicherten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsurkunde des (der) Kindes(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiratsurkunde	<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"/>
Zweitschrift			
<input type="checkbox"/> nicht ausgefolgt			
<input type="checkbox"/> ausgefolgt			

Stempel und Unterschrift