



# ANTRAG auf

Eingangsstempel

- Witwen-/Witwerpension bzw. Abfindung
  - Pension für hinterbliebene eingetragene Partner/innen bzw. Abfindung
  - Waisenpension bzw. Abfindung
- Zutreffendes bitte ankreuzen

Gleichzeitig wird die Fortsetzung des Verfahrens bzw. Auszahlung fälliger Geldleistungen beantragt.

A. Personaldaten des/der verstorbenen Versicherten			Versicherungsnummer		
Familiennamen			Geburtsdatum		
			Tag	Monat	Jahr
Vorname		Geburtsort			
Frühere(r) Name(n)		<b>Geburtsurkunde bitte beilegen!</b>			
Staatsbürgerschaft am Todestag					
Todestag	Todesursache		<b>Sterbeurkunde bitte beilegen!</b>		
Liegt fremdes Verschulden vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist der Tod die Folge eines Unfalles oder einer Berufskrankheit?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

B. Personaldaten der Witwe/des Witwers / des hinterbliebenen eingetragenen Partners/der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin			Versicherungsnummer		
Familiennamen			Geburtsdatum		
			Tag	Monat	Jahr
Vorname		<b>Geburtsurkunde bitte beilegen!</b>			
Frühere(r) Name(n)					
Mit dem/der Verstorbenen verheiratet gewesen seit		<b>Heiratsurkunde/Partnerschafts- urkunde bzw. Scheidungsurteil/Auflösungsurteil bitte beilegen!</b>			
geschieden ge- wesen seit	wiederverheiratet seit				
Mit dem/der Verstorbenen in eingetragener Partnerschaft gelebt seit					
aufgelöste eingetragene Partnerschaft seit	neuerlich eingetragene Partnerschaft seit				
Beruf					
Wohnanschrift			Hausname (vulgo)	Telefon	
Postleitzahl	Postort	politischer Bezirk			

### C. Personaldaten der Waisen

Bitte alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr anführen. Darüber hinaus auch alle Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr angeben, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine Tätigkeit nach dem Freiwilligengesetz ausüben oder wegen einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind.

Familiennamen	Vorname	ehelich, legitimiert, unehelich, Wahl- Stiefkind	Waisenpension über das 18. Lebensjahr beantragt wegen	Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr

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

**D. Angaben über die selbständige Erwerbstätigkeit der Witwe/des Witwers /des hinterbliebenen eingetragenen Partners/der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin in der Land(Forst)wirtschaft. Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakete, Vertrag über die Auflösung der Gütergemeinschaft, Einantwortungsurkunde und den (die) zuletzt erhaltenen Einheitswertbescheid(e) bitte beilegen!**

<input type="checkbox"/> Führen Sie <b>ab dem Todestag des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin</b> einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf eigene Rechnung und Gefahr? <input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja	Eigengrund/Fruchtgenuss		Pachtgründe bzw. sonstige Nutzflächen	
	Ausmaß in ha	letzter Einheitswert	Ausmaß in ha	letzter Einheitswert
		EUR		EUR
Anschrift des Betriebes				
<input type="checkbox"/> Haben Sie bereits <b>vor dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin</b> selbst einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb geführt? <input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja; Versicherungsnummer, unter der vor dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin Beiträge entrichtet wurden!				
<input type="checkbox"/> Hat sich das Ausmaß der bewirtschafteten Fläche ab dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin verändert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; <b>bitte Kauf-, Pacht-, Schenkungs-, Übergabs- und sonstige Verträge beilegen!</b>				

**E. Unterhaltsverpflichtungen und Unterhaltsansprüche zur Feststellung der Ausgleichszulage**

1. Hat die/der Witwe/r / der/die hinterbliebene Partner/in weitere Kinder bzw. Angehörige überwiegend zu erhalten?				
Name	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Eigenes Einkommen der Kinder	
			Art	mtl. EUR
2. Hat die Waise eine/n – geschiedene/n – Ehepartner/in / eine/n eingetragene/n Partner/in (auch aufgelöste eingetragene Partnerschaften) oder Kinder?				
Name	Geburtsdatum	Gemeinsamer Haushalt	Eigenes Einkommen der Angehörigen	
			Art	mtl. EUR
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Einkünfte der Eltern der Witwe/des Witwers / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin				
Verwandtschaftsgrad zur/zum Witwe/r	Name, Adresse und Beruf der Eltern		Gemeinsamer Haushalt	Höhe des Nettoeinkommens mtl. EUR
Vater			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mutter			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Von welchem Elternteil werden weitere Angehörige überwiegend erhalten?				
Unterhaltspflichtiger Elternteil	Name und Anschrift der Angehörigen		Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Vater				
Mutter				
5. Leben die Waisen mit der Mutter/ dem Vater im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche Waisen leben nicht mit der Mutter/dem Vater im gemeinsamen Haushalt Namen dieser Waisen:		
6. Erhält die Witwe/der Witwer / der hinterbliebene eingetragene Partner/die hinterbliebene eingetragene Partnerin / die Waise weitere Unterhaltszahlungen?		von wem/Verwandtschaftsverhältnis/mtl. Höhe		

**F. Erwerbstätigkeiten (Beschäftigungen) und Einkünfte  
in Geld oder Geldeswert ab dem Todestag des/der Verstorbenen (Pensionist/in)**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Art der Einkünfte	Witwe/r / hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in	Waisen (bei mehreren Waisen bitte Aufstellung beilegen!)
1. Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft <b>bewirtschaftete Fläche</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Größe in ha / Anschrift des Betriebes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Größe in ha / Anschrift des Betriebes
2. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf? <small>(Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art / Standort	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art / Standort
3. 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  mtl. Bezug    EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Arbeitgeber/in  mtl. Bezug    EUR
4. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeitbeihilfe, 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
5. 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
6. Bezug nach dem Kriegsoffer-, Heeresversorgungs- oder Opferfürsorgegesetz <small>(Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen mtl. Bezug    EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen mtl. Bezug    EUR
7. Wird eine Geldleistung bezogen oder wurde ein Antrag gestellt:	<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"/> weitere Pension	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen mtl. Bezug    EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen mtl. Bezug    EUR
<input type="checkbox"/> Rente aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen mtl. Bezug    EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen mtl. Bezug    EUR
<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
8. 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, Pachteinahmen aus Grundflächen, Pachteinahmen 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.

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

1. Bedarf die Witwe/der Witwer / der hinterbliebene eingetragene Partner/die hinterbliebene eingetragene Partnerin oder eine der Waisen, die bereits das 3. Lebensjahr vollendet hat, ständig der Hilfe und beantragt deshalb das Pflegegeld? <b>Für wen</b> wird das Pflegegeld beantragt?	
2. Welche(r) der Hinterbliebenen war(en) in den letzten drei Jahren in Krankenhauspflege? Von wann bis wann? In welchem Krankenhaus?	

**H. Wenn der/die Hinterbliebene(n) den Antrag nicht selbst stellt (stellen), Name und Anschrift des/der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte beilegen.)**

.....  
 Hat die/der Hinterbliebene einen Vormund / Erwachsenenvertreter / Vorsorgebevollmächtigten, Name und Anschrift  
**(Bitte Bestätigung über den Umfang der Vertretungsbefugnis beilegen!)**  
 .....

**I. Pensionsauszahlung**

- |   |   |
|---|---|
| 1. für Witwen-/Witwerpension / für Pension für hinterbliebene eingetragene Partner/innen / für Waisenpension(en) für Kinder ab Vollendung des 18. Lebensjahres<br><br>Der/Die Antragsteller/in wünscht, dass die beantragte Pension | 2. für Waisenpension(en) für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres<br><br>Der/die gesetzliche Vertreter/in wünscht, dass die beantragte Pension an (Name und Anschrift): |
|---|---|

.....  
 .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> auf das Konto bei der ..... - Kasse / - Bank<br>in .....<br>IBAN: .....<br>BIC: ..... überwiesen wird. | <input type="checkbox"/> auf das Konto bei der ..... - Kasse / - Bank<br>in .....<br>IBAN: .....<br>BIC: ..... überwiesen wird. |
|---|---|

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

- durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird       durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird

**J.** Ich ermächtige die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84 - 86 (Creditor-ID: AT34ZZZ0000007181), Kostenanteile von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen 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

**K.** 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 Selbständigen zu überlassen.

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

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 Wiederverhehlung und die Änderung des 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 unterzeichneten 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

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.svs.at/vvt](http://www.svs.at/vvt).