

PENSIONSVERSICHERUNG

## ANTRAG

AUF

Zutreffende Leistung bitte  
ankreuzen

Eingangsstempel

Versicherungsnummer:  Geburtsdatum:

(in BLOCKSCHRIFT):

FAMILIENNAME:

VORNAME:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Zum Stichtag:

- Knappschaftsalterspension**  
nach Vollendung des 60. Lebensjahres/Frauen, 65. Lebensjahres/Männer
- Alterspension** nach Vollendung des 62. Lebensjahres (Korridorpension)
- vorzeitige Knappschaftsalterspension bei langer Versicherungsdauer**  
(Hackler-Langzeitversicherung bzw. Schwerarbeit)
- Knappschaftsvollpension bei Vorliegen von Invalidität** Bitte Beiblatt ausfüllen!  
(gilt vorrangig als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation - inklusive Rehabilitationsgeld)
- Sonderruhegeld** nach dem Nachtschichtschwerarbeitsgesetz (NSchG)
- Schwerarbeitspension** (für weibliche Versicherte ist eine Antragsstellung auf eine Leistung wegen Schwerarbeit erst ab 2024 möglich)



**Knappschaftliche Sonderleistungen:**

- Knappschaftssold nach Vollendung des 45. Lebensjahres**
- Knappschaftspension bei Dienstunfähigkeit**
- Knappschaftsalterspension nach Vollendung des 60. Lebensjahres/Männer bei Erfüllung der Voraussetzungen für den Knappschaftssold**

 **Kinderzuschuss**

**Nicht ausfüllen bei Anträgen auf Knappschaftssold und Knappschaftspension!**

(Der Kinderzuschuss wird grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr gewährt.)

**Für die Dauer des Anspruches auf Kinderzuschuss gebührt für ein und dasselbe Kind im Sinne des § 252 ASVG kein weiterer Kinderzuschuss.**

Bei Kindern mit eigenem Einkommen ist eine Bezugsbestätigung vorzulegen.

Stiefkinder nur dann eintragen, wenn sie ständig in Hausgemeinschaft leben (Meldebestätigung beifügen!), Enkel nur dann eintragen, wenn sie ständig in Hausgemeinschaft leben (Meldebestätigung beifügen!), wenn sie nach § 141 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches unterhaltsberechtigt sind und die Pensionswerberin/der Pensionswerber den Wohnsitz im Inland hat.

Geburts-, Legitimierungsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennnis beifügen; bei der Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus ist außerdem der Lehrvertrag oder eine Bestätigung der besuchten Schule oder den Anerkennungsbescheid (die Vereinbarung) zur Freiwilligentätigkeit bzw. eine ärztliche Bestätigung über das Gebrechen des Kindes beizufügen.



# Kinder

## 1. Kind

## 2. Kind

## 3. Kind

Familienname			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	Laufende Nr. Tag    Monat    Jahr	Laufende Nr. Tag    Monat    Jahr	Laufende Nr. Tag    Monat    Jahr
Kind bzw. Wahlkind der versicherten Person, Stiefkind, Enkelkind			
adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....
zur Adoption freigegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....
Wird Kinderzuschuss beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befindet sich das Kind - in Schulausbildung? - in Berufsausbildung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Übt das Kind eine Freiwilligentätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist das Kind erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird für das Kind bereits Kinderzuschuss bezogen oder wurde dieser beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
von welcher Person von (bei) welchem Versicherungsträger?	..... .....	..... .....	..... .....
Wird für das Kind erhöhte Familienbeihilfe bezogen bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezieht das Kind eine Pension oder wurde eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....	.....



## A. Personaldaten des (der) Versicherten

---

1. Familienname und Vorname (Familienname vor der ersten Eheschließung):

.....

(Geburtsurkunde des (der) Versicherten beischließen.)      Geschlecht:  männlich       weiblich

---

2. Geboren am: ..... in .....

Staatsangehörigkeit: .....  
(Staatsbürgerschaftsurkunde beischließen)

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen

Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit: .....

---

3. Anschrift des (der) Versicherten:

.....

Postleitzahl:                      Ort:                      Straße:                      Nr.

Telefonisch erreichbar unter: .....

**Bitte jeden Anschriftenwechsel sofort bekanntgeben!**

---

4. Personenstand:

---

5. Falls Sie mehrmals verheiratet waren:

Name der 1. Ehegattin / des 1. Ehegatten .....

Datum der Eheschließung: ..... Datum der Scheidung - des Todes: .....

Name der 2. Ehegattin / des 2. Ehegatten .....

Datum der Eheschließung: ..... Datum der Scheidung - des Todes: .....  
(Heirats-, Scheidungs- und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen.)

---

Falls Sie mehrmals in einer eingetragenen Partnerschaft waren:

Name der 1. Partnerin / des 1. Partners .....

Datum der Eintragung: .....

Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes: .....

Name der 2. Partnerin / des 2. Partners .....

Datum der Eintragung: .....

Datum der gerichtlichen Auflösungsentscheidung - des Todes: .....  
(Partnerschaftsurkunde, gerichtliche Auflösungsentscheidung und Sterbeurkunde beischließen bzw. auch frühere Namen anführen)

---

6. Dienststelle:

.....

---



7. Zuletzt ausgeübter Beruf (z.B. SchlosserIn, TischlerIn, OberbauarbeiterIn, MagazinarbeiterIn):

.....

---

## B. Unselbstständige Erwerbstätigkeit

---

1. Stehen Sie derzeit noch in Beschäftigung?  JA  NEIN

Bei welchem Dienstgeber? Name und Anschrift: .....

.....

Art der Beschäftigung: .....

Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR ..... monatlich / wöchentlich

---

2. Beabsichtigen Sie, dieses Beschäftigungsverhältnis zu lösen?  JA  NEIN

Wenn ja, ab wann? .....

---

3. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig krank?  JA  NEIN

Wenn ja, seit wann? .....

---

4. Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt** an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden?  JA  NEIN

Wenn ja, Name und Telefonnummer .....

---

5. Haben (Hatten) Sie Anspruch auf Abfertigung?  JA  NEIN

Wenn ja, auf wieviel Monatsbezüge? ..... Monate

---

6. Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

a) Entgeltfortzahlung  JA .....  NEIN  
von - bis

b) Ersatzleistung für nicht verbrauchten Urlaub  
(Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung)  JA .....  NEIN  
von - bis

c) Kündigungsentschädigung  JA .....  NEIN  
von - bis

---

## C. Selbstständige Erwerbstätigkeit

---

1. Sind Sie derzeit selbstständig erwerbstätig?  JA  NEIN

Welcher Art ist diese selbstständige Erwerbstätigkeit? (Zutreffendes ankreuzen)

Gewerbebetrieb  
Art: .....  
seit: .....  
Höhe des Jahreseinkommens: EUR .....  
(Letzten Einkommensteuerbescheid  
beilegen!)

Landwirtschaft  
BesitzerIn/MitbesitzerIn/PächterIn  
seit: .....  
Ausmaß: ..... ha .....  
Einheitswert: ..... zum .....

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am : .....  nein

nein, beendet seit: .....

---



2. Haben Sie Anspruch auf ein Ausgedinge?  JA  NEIN  
Aus welchen Leistungen besteht dieses Ausgedinge?  
Seit wann? .....  
(Notariatsakt oder Grundbuchauszug beilegen)
- 

#### D. Sonstige Bezüge

---

1. Beziehen oder beantragten Sie eine Leistung von einem früheren Dienstgeber?  JA  NEIN  
(z.B. Pension, Zusatzpension, Pensionszulage etc.)

Aktenzeichen: ..... Auszahlende Stelle: .....

---

2. Wurden für Sie wegen Ausscheidens aus einem Beamtenverhältnis Beiträge zur Pensionsversicherung nachentrichtet oder ein Überweisungsbetrag gemäß § 311 ASVG geleistet?  JA  NEIN  
Für welchen Zeitraum und an welchen Versicherungsträger:
- 

3. Beziehen Sie derzeit Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung?  JA  NEIN  
(Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, etc.)  
Von welchem Arbeitsmarktservice?
- 

4. Wird während des Pensionsverfahrens eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung beantragt werden?  JA  NEIN  
Bei welchem Arbeitsmarktservice?
- 

5. Beziehen Sie eine Leistung aus der Krankenversicherung (z.B. Krankengeld)  JA  NEIN
- 

6. eine Pension aus der Pensionsversicherung, z.B. Invaliditäts/Berufsunfähigkeitspension, Erwerbsunfähigkeitspension nach dem GSVG oder BSVG, Hinterbliebenenpension oder dgl.?  JA  NEIN  
Von welcher Stelle, während welcher Zeit und in welcher Höhe:
- 

7. eine Rente aus der Unfallversicherung (Versehrtenrente oder Hinterbliebenenrente)?  JA  NEIN  
Von welcher Anstalt, während welcher Zeit und in welcher Höhe?
- 

8. einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss oder eine ähnliche Versorgungsleistung von den Österreichischen Bundesbahnen, vom Bund, von einem Land oder einer Gemeinde auf Grund einer eigenen Dienstleistung bzw. der Dienstleistung der verstorbenen Ehegattin/ des verstorbenen Ehegatten/der verstorbenen eingetragenen Partnerin/ des verstorbenen eingetragenen Partners? Von welcher Stelle und in welcher Höhe:  JA  NEIN
- 

9. eine Leistung des Sozialministeriumservice?  JA  NEIN  
Von welchem Sozialministeriumservice? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
- 

10. eine Opferrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Opferfürsorgegesetz?  JA  NEIN  
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
- 

11. eine Unterstützung aus der Sozialhilfe?  JA  NEIN  
Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Aktenzeichen?
- 



12. eine Leistung von einer ausländischen Stelle?  JA  NEIN  
 Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? Welcher Art? - Aktenzeichen?

13. Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen  JA  NEIN  
 Von welcher Stelle? - In welcher Höhe? - Welcher Art? - Aktenzeichen?

14. Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach dem Teilpensionsgesetz bzw. dem Bezügegesetz?  JA  NEIN

**Allfällige Nachweise zu 6 - 14 beischließen.**

**E. Versicherungsverlauf**

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (z.B. rückwirkende Erfassung oder bescheidmäßige Feststellung von Versicherungszeiten)?

ja  $\Rightarrow$  ergänzen Sie bitte nur mehr **ab dem Zeitpunkt der letztmaligen Feststellung.**  
**Ausnahme:** Bei Antrag auf Knappschaftsvollpension bitte  
 jedenfalls ab Vollendung des 14. Lebensjahres lückenlos ausfüllen.

nein  $\Rightarrow$  führen Sie bitte alle Zeiten  
 - einer Erwerbstätigkeit  
 - des Bezuges eines Kranken-/ Wochengeldes oder Kinderbetreuungsgeldes  
 - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes)

im **In- und Ausland** ab Vollendung des 14. Lebensjahres **lückenlos** an.

**Bei einem Antrag auf Schwerarbeitspension ist Nachstehendes zu beachten:**

$\Rightarrow$  Der Versicherungsverlauf ist ab Vollendung des  
 40. Lebensjahres vollständig und lückenlos auszufüllen.

$\Rightarrow$  Bitte führen Sie - wenn möglich - die entsprechende Ziffer nach der  
 Schwerarbeitsverordnung an.

**Kurzüberblick**

Als <b>Schwerarbeit</b> gelten jene Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden,	
in <b>Schicht- oder Wechseldienst</b> , wenn dabei auch Nachtdienst geleistet wird $\Leftrightarrow$ <b>Ziffer 1</b>	als <b>schwere körperliche Arbeit</b> $\Leftrightarrow$ <b>Ziffer 4</b>
regelmäßig unter <b>Kälte</b> oder <b>Hitze</b> $\Leftrightarrow$ <b>Ziffer 2</b>	zur <b>berufsbedingten Pflege</b> von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Pflegebedarf $\Leftrightarrow$ <b>Ziffer 5</b>
unter <b>chemischen oder physikalischen Einflüssen</b> $\Leftrightarrow$ <b>Ziffer 3</b>	trotz <b>Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit</b> von mindestens 80%, sofern für die Zeit ab 01.07.1993 ein Pflegegeldanspruch zumindest der Stufe 3 besteht $\Leftrightarrow$ <b>Ziffer 6</b>

**Detaillierte Ausführungen finden Sie unter "Informationsblatt über die Bestimmungen der Schwerarbeitsverordnung".**



Schulzeit	von	bis	Bezeichnung und Ort der Schule
Berufs-(Fach-)schule			
Höhere Schule			
Hochschule/Universität			



von	bis	a) beschäftigt als ..... (Beruf) b) selbstständig als ..... c) freiw. pensionsversichert d) nicht beschäftigt wegen ...	Name und Anschrift (Dienstgeber, Arbeitsmarktservice, Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.) Bundesland, Staat	Glauben Sie (ab Vollendung des 40. Lebensjahres) Schwerarbeit geleistet zu haben?	Glauben Sie Nacht- schwerarbeit (ab Vollendung des 14. Lebensjahres) geleistet zu haben?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ nach Ziffer: ____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## F. Ergänzende Fragen zum Versicherungsverlauf

1. Haben Sie die Pensionsversicherung freiwillig fortgesetzt?  JA  NEIN

Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger .....

2. Bestand oder besteht eine Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes?  JA  NEIN  
Für welchen Zeitraum und bei welchem Versicherungsträger?

3. Wurde bereits ein Verfahren zur rückwirkenden Erfassung Ihres Versicherungsverlaufes (REV-Verfahren) durchgeführt?  JA  NEIN  
Von welchem Pensionsversicherungsträger? (REV-Mitteilung beischließen)

4. Waren Sie im Ausland unselbstständig und/oder selbstständig erwerbstätig?  JA  NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)? .....

Hatten Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort erwerbstätig gewesen zu sein?  JA  NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)? .....

Haben Sie Versicherungszeiten im Ausland erworben, ohne dort erwerbstätig gewesen zu sein (z.B. durch Übertragung, freiwillige Versicherung, Teilung)?  JA  NEIN

Wenn JA, in welchem(n) Staat(en)? .....

Haben Sie die Vormerkung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?? JA NEIN

Wenn JA, bitte Aktenzeichen und Versicherungsträger anführen.....

Beantragen Sie aus der ausländischen Rentenversicherung eine Leistung auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens, sofern derzeit kein Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters besteht? JA NEIN

### 5. Nur von weiblichen Pensionswerbern zu beantworten:

#### ERSTATTUNGSBETRAG / AUSSTATTUNGSBETRAG

Haben Sie anlässlich einer Eheschließung die Gewährung eines Ausstattungsbetrages bzw. einer Beitragserstattung beantragt? JA NEIN

Bei welchem Versicherungsträger? Aktenzeichen?

Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt? JA NEIN

6. Haben Sie Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen? JA NEIN

#### Hinweis für männliche Versicherte:

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte.

Wenn jedoch Sie selbst das Kind (die Kinder) tatsächlich und überwiegend erzogen haben, beantworten Sie bitte obige Frage.

(Fragebogen Kindererziehungszeiten bitte ausfüllen)



---

## G. Bundespflegegeld

---

1. Bedürfen Sie ständig der Betreuung und Hilfe und beantragen Sie deshalb Pflegegeld?  JA  NEIN

Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

JA  NEIN

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

2. Beantragen Sie die Erhöhung des Pflegegeldes?  JA  NEIN
- 

## H. Ergänzende Fragen zur Antragstellung

---

1. Beantragen Sie die **Weiterversicherung** in der Pensionsversicherung bzw. eine **Beitragsentrichtung** für Ihre **Schulzeiten** für den Fall, dass zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die Entrichtung von Beiträgen notwendig ist?

JA  NEIN

2. Sind Sie mit der Verschiebung des Antrages (des Stichtages) einverstanden, wenn dadurch eine Ablehnung vermieden (bzw. ein für Sie günstigerer Leistungsanspruch erzielt) werden kann?

JA  NEIN

**Bitte nur bei Antrag auf Korridorpension ausfüllen:**

3. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens eingeschränkt bzw. halten Sie sich für invalid/berufsunfähig? **(Gegebenenfalls bitte Beiblatt ausfüllen!)**  JA  NEIN

**Hinweis:** Ein Antrag auf Knappschaftsvollpension gilt **VORRANGIG** als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation inklusive Rehabilitationsgeld.

**Bitte nur bei Antrag auf Knappschaftsvollpension ausfüllen:**

4. Endet Ihr Krankengeldanspruch wegen Ablauf der Höchstdauer innerhalb der nächsten 6 Wochen?  JA  NEIN



**I. Daten der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Partnerin/  
des eingetragenen Partners**

1. Familienname und Vorname (Familienname vor der ersten Eheschließung):

.....

Geboren am: .....

2. Lebt die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/  
der eingetragene Partner im gemeinsamen Haushalt?  JA  NEIN

3. Bezieht die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/der eingetragene Partner  
eine Pension - Rente - von einem inländischen  
oder ausländischen Sozialversicherungsträger  JA  NEIN  
einen Ruhe(Versorgungs)genuss aus einem Dienstverhältnis zu einer  
öffentlich-rechtlichen Körperschaft (Bund, Bundesbahn, Land, Gemeinde)  JA  NEIN  
eine sonstige Versorgung?  JA  NEIN

seit: .....

von: .....

Höhe des Bezuges: EUR ..... monatlich  
(Zahlungsabschnitt beilegen!)

4. Steht die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/  
der eingetragene Partner derzeit in Beschäftigung?  JA  NEIN

Bei welchem Dienstgeber? Name und Anschrift:

.....

.....

Höhe des sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverdienstes: EUR ..... monatlich / wöchentlich  
(Lohn- oder Gehaltsbestätigung beilegen!)

5. Ist die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Partnerin/  
der eingetragene Partner selbstständig erwerbstätig?  JA  NEIN

Welcher Art ist diese selbstständige Erwerbstätigkeit? (Zutreffendes ankreuzen)

Gewerbebetrieb

Art: .....

seit: .....

Höhe des Jahreseinkommens: EUR .....

(Letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!)

Landwirtschaft

BesitzerIn/MitbesitzerIn/PächterIn

seit: .....

Ausmaß: ..... ha .....

Einheitswert: ..... zum .....

(Letzten Einheitswertbescheid beilegen!)



## Anweisung

**Nützen Sie die Vorteile einer bargeldlosen Pensionszahlung und beantragen Sie bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl ein PENSIONSKONTO!**

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

wird gewünscht

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist - auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto - nur über "**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**" bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

**Ausfüllen, wenn die versicherte Person den Antrag nicht selbst stellt:**

### 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))

### Bevollmächtigte Person

Name, Anschrift und Telefonnummer:

.....  
.....  
.....

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

....., am .....

(Ort)

(Datum)

.....  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

## Meldeverpflichtung

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Ich bin mir bewusst, dass wissentlich unrichtige Angaben allenfalls strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben sowie jede Änderung des Wohnsitzes - wenn auch nur vorübergehend (z.B. Spitalsaufenthalt) innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens, ist binnen **sieben Tagen** zu melden.

**Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.**



**BITTE BEACHTEN SIE:**

Der Pensionsbeginn ist vom Zeitpunkt des Einlangens des Pensionsantrages bei der Versicherungsanstalt abhängig. Wir empfehlen daher, das ausgefertigte Formular auch dann ehestens an die Versicherungsanstalt weiterzuleiten, wenn nicht alle erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) vorhanden sind. Die fehlenden Unterlagen sind **umgehend** nachzusenden.

**Folgende Unterlagen werden dem Antrag beigelegt (Kopie ausreichend):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SONSTIGE VERMERKE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Das Antragsformblatt kann bei allen Servicestellen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Krankenkassen) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) eingebracht werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

**Pensionsversicherung - BVAEB**

**Geschäftsstelle Wien:**

Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien

Tel.: 05 0405 - 33 302

Fax: 05 0405 - 73 200

**Pensionsversicherung - BVAEB**

**Geschäftsstelle Graz:**

Lessingstraße 20, 8010 Graz

Tel.: 05 0405 - 33 600

Fax: 05 0405 - 73 201

## Informationsblatt über die Bestimmungen der Schwerarbeitsverordnung

**Als Tätigkeiten, die unter körperlich oder psychisch besonders belastenden Bedingungen erbracht werden, gelten laut der mit 01. Jänner 2007 in Kraft getretenen Schwerarbeitsverordnung jene, die geleistet werden**

1. **in Schicht- oder Wechseldienst**, wenn dabei auch Nachtdienst im Ausmaß von mindestens 6 Stunden zwischen 22 und 06 Uhr an mindestens sechs Arbeitstagen im Kalendermonat geleistet wird, sofern nicht in diese Arbeitszeit überwiegend Arbeitsbereitschaft fällt;

Unter Schicht- oder Wechseldienst ist die Einbindung in einen periodischen Wechseldienst (Schichtplan) zu verstehen. Ein Schichtentausch spielt keine Rolle und es ist von einer durchschnittlichen Betrachtung auszugehen. Als Arbeitsbereitschaft ist der Aufenthalt an einem vom Dienstgeber bestimmten Ort mit der Verpflichtung zur jederzeitigen Aufnahme der Arbeit im Bereitschaftsfall zu verstehen. Während dieser Arbeitsbereitschaft wird jedoch keine Tätigkeit ausgeübt. Als überwiegende Arbeitsbereitschaft ist mehr als die Hälfte der Arbeitszeit zu verstehen.

Eine längere Durchrechnung wie im Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) ist maßgeblich.

2. **regelmäßig unter Hitze oder Kälte**, wobei bei diesen Begriffen an das Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) angeknüpft wird;

Hitze liegt bei einem durch Arbeitsvorgänge bei durchschnittlicher Außentemperatur verursachten Klimazustand vor, der einer Belastung durch Arbeit während des überwiegenden Teils der Arbeitszeit (d. h. mindestens während der Hälfte der Arbeitszeit) bei 30 Grad Celsius und 50% relativer Luftfeuchtigkeit bei einer Luftgeschwindigkeit von 0,1m pro Sekunde wirkungsgleich oder ungünstiger ist.

Kälte ist gegeben bei überwiegendem Aufenthalt in begehbaren Kühlräumen, wenn die Raumtemperatur niedriger als minus 21 Grad Celsius ist, oder wenn der Arbeitsablauf einen ständigen Wechsel zwischen solchen Kühlräumen und sonstigen Arbeitsräumen erfordert.

3. **unter chemischer oder physikalischen Einflüssen**, wenn dadurch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 10% verursacht wurde; und das insbesondere
  - bei Verwendung von Arbeitsgeräten, Maschinen und Fahrzeugen, die durch gesundheitsgefährdende Erschütterung auf den Körper einwirken, oder
  - wenn regelmäßig und mindestens während vier Stunden der Arbeitszeit Atemschutzgeräte (Atemschutz-, Filter- oder Behältergeräte) oder während zwei Stunden Tauchgeräte getragen werden müssen, oder
  - bei ständigem gesundheitsschädlichen Einwirken von inhalativen Schadstoffen, die zu Berufskrankheiten führen können;
4. **als schwere körperliche Arbeit**, die dann vorliegt, wenn bei einer achtstündigen Arbeitszeit von Männern mindestens 8.374 Arbeitskilojoule (2.000 Arbeitskilokalorien) und von Frauen mindestens 5.862 Arbeitskilojoule (1.400 Arbeitskilokalorien) verbraucht werden;
5. **zur berufsbedingten Pflege** von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- oder Pflegebedarf, wie beispielsweise in der Hospiz oder Palliativmedizin;
6. **trotz Vorliegens einer Minderung der Erwerbsfähigkeit** (nach Behinderteneinstellungsgesetz) von mindestens 80%, sofern für die Zeit nach dem 30. Juli 1993 ein Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bestanden hat.

Versicherungsnummer

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!  
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf bzw. bei Hinterbliebenenpensionen im Versicherungsverlauf des (der) Verstorbenen zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes (der Kinder) bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind (die Kinder) **tatsächlich und überwiegend** erzogen hat.

Eine von Ihnen bzw. dem (der) Verstorbenen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes bzw. der ersten fünf Lebensjahre der Kinder ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

### Kinderbegriff:

### *Erforderliche Dokumente (Kopie ausreichend)*

#### **Kinder**

- Geburtsurkunde
- nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis/Urteil)
- Legitimationsurkunde

### *Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:*

#### **Wahl-(Adoptiv)kinder**

- Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

#### **Stiefkinder**

- Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

#### **Pflegekinder**

- nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte: Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des (der) Erziehungsberechtigten



FSTA002

## E R K L Ä R U N G

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass

- ich bzw.  
 die (der) Verstorbene  
 nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe (hat).

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
Handelt es sich um ein Wahl-(Adoptiv)-, Stief- oder Pflegekind? adoptiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zur Adoption freigegeben?	seit .....	seit .....	seit .....	seit .....
Erziehung in Österreich: - ohne Unterbrechung in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren - nur in der Zeit	vom ..... bis.....	vom ..... bis.....	vom ..... bis.....	vom ..... bis.....
Erziehung außerhalb Österreichs:	vom ..... bis.....	vom ..... bis.....	vom ..... bis.....	vom ..... bis.....
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetzes? Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein .....			
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Befand sich Ihr Wohnsitz zum Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

\* Zutreffendenfalls betreffen die Fragen die (den) Verstorbene(n).  
Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_

**Beiblatt zum Antrag auf**  
**- Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension**  
**- Knappschaftsvollpension/Knappschaftspension**

**! Der Versicherungsverlauf im Antragsformblatt ist jedenfalls lückenlos auszufüllen !**

**ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND**

◆ Wegen welcher **Krankheiten, Leiden** oder **Gebrechen** und **seit wann** halten Sie sich für invalid /berufsunfähig/ dienstunfähig?

Krankheiten, Leiden, Gebrechen:	seit:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Letzte Krankenstände:	von - bis
_____	_____
	von - bis
Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

◆ Bisherige **Operationen** und **schwere Krankheiten** mit **Jahresangabe**:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

◆ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in	_____	von	_____	bis	_____
in	_____	von	_____	bis	_____
in	_____	von	_____	bis	_____
Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befunde direkt vom Krankenhaus einholen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

◆ Wurden Sie bereits einmal bei einem Pensionsversicherungsträger ärztlich untersucht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
		Versicherungsträger	Grund der Untersuchung

◆ Wurden Maßnahmen der **Rehabilitation** (Aufenthalte, Kurse, Umschulungen usw.), **Kuraufenthalte** und **Heilverfahren** durch einen Sozialversicherungsträger in den letzten 5 Jahren gewährt oder von Ihnen beantragt?

# nein	# ja	Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____



◆ Ist Ihr Leiden die Folge eines **Arbeitsunfalles** oder einer **Berufskrankheit**?

Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wurde Unfallanzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Angabe des Versicherungsträgers
Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Angabe der Berufskrankheit

◆ Ist Ihr Leiden die Folge eines **sonstigen Unfalles**?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Unfallhergang
-------------------------------	-----------------------------	------------------------

◆ Ist Ihr Leiden durch Dritte verursacht worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... Datum	..... Name und Anschrift des Schädigers / der Schädigerin
Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

◆ Ist Ihr Leiden durch eine von Ihnen begangene Handlung vorsätzlich herbeigeführt worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
War / Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	..... zuständiges Gericht / Geschäftszahl	

◆ Hausarzt / behandelnder Arzt / Hausärztin / behandelnde Ärztin:

..... Name und Anschrift
-----------------------------

**ANGABEN ZUR AUSBILDUNG (ab dem 15. Lebensjahr)**

◆ Lehr- und Berufsausbildungen, berufsbildende Schulen, sonstige Aus- und Weiterbildungen

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Schule, Universität, Fachhochschule, Weiterbildungseinrichtung	Ausbildung abgeschlossen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu EDV-Kenntnissen:			
Grundkenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Computernutzung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beruflich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
Spezielle EDV-Kenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Programme .....			



**ANGABEN ZU ALLEN AUSGEÜBTEN ERWERBSTÄTIGKEITEN IN DEN LETZTEN 15 JAHREN**

Beispiel für eine mögliche Tätigkeitsbeschreibung, bitte beachten Sie die Fußnoten:

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
03/2001 bis 12/2012	Fa. ISG, 1030 Wien, Kundmangasse 99	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> <i>Sachbearbeiter im Vertriebsinnendienst, Bestellwesen, Auftragsbearbeitung, Kundenkorrespondenz, Kundenstammpflege, Warenwirtschaft, Reklamationsbearbeitung, einfache Tätigkeit</i> .....	
	<b>Geräte:</b> <i>Computer, Telefon</i>	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup> <i>Sachbearbeiter</i> .....		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup> <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

Fußnoten:

<sup>1)</sup> **Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte:** Geben Sie möglichst genau an, welche konkreten Tätigkeiten Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin zu verrichten hatten und welche Geräte Sie dabei verwendet haben. Geben Sie weiters an, ob Sie – nach Ihrer eigenen Einschätzung – eine einfache, eine mittlere, eine höhere Tätigkeit oder eine Führungs- / Leitungstätigkeit ausgeübt haben.

**Beispiele:**

**Portier / Portierin:** Beaufsichtigung des Eingangs (Zugang zum Betriebsgelände), Kontrolle des Personen- und Fahrzeugverkehrs (über Monitor), Ausstellung von Passierscheinen, Schrankenbetätigung, Schlüsselausgabe, Entgegennahme von Poststücken. Geräte: Computer, Telefon, Monitor (für Überwachung)

**Bauarbeiter / Bauarbeiterin:** Durchführung von Abbrucharbeiten, Betonierarbeiten, Aushebearbeiten, Planierarbeiten usw. Geräte: Schaufel, Spaten, Betonrüttler, Walze

**Außendienstvertreter / Außendienstvertreterin im Verkauf:** Geschäftsanbahnung, Kundenbesuche / Kundinnenbesuche, Erteilung von Produktinformationen, Durchführung von Verkaufsabschlüssen, Gewährung von Preisnachlässen. Geräte: PKW, Computer, Musterkoffer, Telefon

**Fakturist / Fakturistin:** Erstellung bzw. Prüfung von Ausgangsrechnungen anhand von Lieferscheinen, sonstigen Unterlagen und Belegen, Terminüberwachung. Geräte: Computer, Telefon

<sup>2)</sup> **Ihre Berufsbezeichnung:** In welcher Funktion waren Sie bei diesem Dienstgeber / dieser Dienstgeberin beschäftigt? **Beispiele:** Verkäufer / Verkäuferin, Bauarbeiter / Bauarbeiterin, Friseur / Friseurin, Sortierer / Sortiererin, Stationsgehilfe / Stationsgehilfin, Prokurist / Prokuristin, Lohnverrechner / Lohnverrechnerin, Vertreter / Vertreterin im Außendienst bzw. im Innendienst usw.

<sup>3)</sup> **Selbstständige Entscheidungsbefugnisse:** Bitte geben Sie an, wenn Sie bei Ihrer Tätigkeit selbstständige Entscheidungsbefugnisse hatten. **Beispiele:** Zeichnungsbefugnis für Verträge bis zu einem bestimmten Eurobetrag, freie Entscheidungsbefugnis bei Preisnachlässen, Personaleinstellung, Personalbeurteilung, Gewährung von Provisionen an Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen



**Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren**

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....		
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> ..... ..... ..... ..... <b>Geräte:</b> ..... .....	
	Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup> .....	
Kunden- / Kundinnenkontakt  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....		
Genaue Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> ..... ..... ..... ..... <b>Geräte:</b> ..... .....	
	Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup> .....	
Kunden- / Kundinnenkontakt  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....



**Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren**

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....		
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b>	
	..... ..... ..... .....	
<b>Geräte:</b> .....		
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
.....		
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b>	
	..... ..... ..... .....	
<b>Geräte:</b> .....		
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup>
.....		
Kunden- / Kundinnenkontakt	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	



**Angaben zu allen ausgeübten Erwerbstätigkeiten in den letzten 15 Jahren**

von - bis	Name und Anschrift des Dienstgebers / der Dienstgeberin	
	.....	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> ..... ..... ..... .....	
	<b>Geräte:</b> ..... .....	
Ihre Berufsbezeichnung <sup>2)</sup> .....		Selbstständige Entscheidungsbefugnisse <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche: ..... .....
Kunden- / Kundinnenkontakt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> fallweise	Aufsicht über Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: .....	

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

