

PENSIONSVERSICHERUNG

## ANTRAG

AUF

Eingangsstempel

Versicherungsnummer:  Geburtsdatum:

### Feststellung der Invalidität / Berufsunfähigkeit

## GILT NICHT ALS PENSIONSANTRAG

#### A. Personaldaten des (der) Versicherten (in Blockschrift)

1. Familienname und Vorname:

.....

Titel: ..... Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Geburtsdatum: .....

Geburtsort: ..... Land: .....

Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte

Ihre Muttersprache mit: .....

Personenstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft lebend  hinterbliebene eingetragene Partnerin  
 hinterbliebener eingetragener Partner  aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Datum der Eheschließung(en) / Eintragung der Partnerschaft(en): .....

Datum des Todes der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners bzw.  
der Ehescheidung(en)/Auflösung der Partnerschaft(en): .....

Anschrift des (der) Versicherten:

.....

Postleitzahl: Ort: Straße: Nr.

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

e-Mail: .....



## Information für Antragstellerinnen/Antragsteller

**Füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus. Jede Unvollständigkeit Ihrer Angaben kann zu Erhebungen und Rückfragen führen und verzögert somit das Feststellungsverfahren.**

Alle Dokumente sind im in Fotokopie beizubringen.

Die Vorlage ist **nicht erforderlich**, wenn die Dokumente **bereits** in einem früheren Verfahren **vorgelegt** wurden.

Gemäß § 110 ASVG werden sämtliche Dokumente, Vollmachten und dergleichen nur für Zwecke der Sozialversicherung über Verlangen von den zuständigen Behörden **g e b ü h r e n f r e i** ausgestellt.

### Erforderliche Dokumente:

- Geburtsurkunde (nur bei Geburt außerhalb Österreichs)
- Heiratsurkunde(n) - Urkunde über die eingetragene Partnerschaft - Staatsbürgerschaftsnachweis

Bitte alle in- und ausländischen Beschäftigungszeiten beziehungsweise Versicherungszeiten, Lehrzeiten, Zeiten selbständiger Erwerbstätigkeit, der Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug), der Anstalts- (Heilstätten)pflge, desurlaubes gegen Entfall des Arbeitsentgeltes aus Anlass der Mutterschaft (Karenzurlaub), des Bezuges von Krankengeld, Wochengeld, Rehabilitationsgeld oder Übergangsgeld **ab Vollendung des 14. Lebensjahres** in der richtigen zeitlichen Reihenfolge **lückenlos** anführen.

Bitte achten Sie vor allem auf die genaue Ausfertigung des **Beiblattes zur Feststellung der Invalidität/Berufsunfähigkeit** über Ihre Tätigkeiten in den letzten 15 Kalenderjahren.

Der Beruf ist nicht allgemein mit "Arbeiter/Arbeiterin" oder "Angestellter/Angestellte" anzugeben, sondern genauer zu bezeichnen,

z.B. Schlosser/Schlosserin, Bauhilfsarbeiter/Bauhilfsarbeiterin, Mithilfe in der (dem) elterlichen Landwirtschaft/Gewerbebetrieb, Technischer Zeichner/Zeichnerin, Buchhalter/Buchhalterin, Verkäufer/Verkäuferin, Diplomkrankenpfleger/Diplomkrankenpflegerin.

Sollten Sie keine Nachweise für die von Ihnen angeführten Beschäftigungszeiten besitzen, ersuchen wir, **keinesfalls von sich aus** beim jeweiligen Krankenversicherungsträger oder beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger diesbezügliche Erhebungen einzuleiten. Erhebungen über Beschäftigungszeiten werden **ausnahmslos** vom zuständigen Pensionsversicherungsträger durchgeführt.

Beispiel:			
1.6.1968	30.09.1969	Mithilfe im elterlichen Gewerbebetrieb	Adam, Neulengbach, Wasserweg 1
1.10.1969	30.06.1970	Präsenzdienst	
1.7.1970	31.12.1973	Stahlbauschlosserlehrling	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.1.1974	31.07.1996	Stahlbauschlosser	Fa. Bosch, Wien 11, Simm. Hauptstraße 13
1.8.1996	Laufend	Werkmeister	Fa. KMB Metallbau, Wien 21, Schererstraße 16

### Erforderliche Nachweise:

- Schulzeit - Schulzeugnisse ab dem 15. Lebensjahr
- Studium - Studienbücher, Promotionsurkunde
- Lehrzeit - Lehrvertrag, Lehrzeugnis, Gesellenbrief, etc.
- Zivildienst - Nachweis über Zivildienst

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

Sämtliche Sie betreffende Informationen werden von uns im Sinne des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgt nur, soweit dies zur Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben für uns selbst oder für eine uns um Verwaltungshilfe ersuchende Stelle (Sozialversicherungsträger, Gericht, Verwaltungsbehörde) eine wesentliche Voraussetzung bildet.



## B. Versicherungsverlauf

Wurden Ihre 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
  - einer Arbeitslosigkeit (mit und ohne Bezug eines Arbeitslosengeldes) im

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

**Beachten Sie bitte, dass das Beiblatt zur Feststellung der Invalidität/Berufsunfähigkeit**

**jedenfalls vollständig auszufüllen ist.**

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

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





## C. Ergänzende Fragen zum Versicherungsverlauf

---

Haben Sie jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Wurden für Sie bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

---

Waren Sie im Ausland unselbständig und/oder selbständig erwerbstätig?

ja .....  nein  
Staat(en)

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

ja .....  nein  
Staat(en)

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

ja .....  nein  
Staat(en)

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

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

---

Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf Ihrer Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr interessiert?

ja  nein

---

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)

---

### Von weiblichen Versicherten auszufüllen:

Erhielten Sie anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragsersatzung?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

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

ja  nein

Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung?

ja  nein

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass **dieser Antrag keinen Pensionsantrag darstellt und Leistungen bei Invalidität/Berufsunfähigkeit gesondert beantragt werden müssen.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Feststellungsantrag beigelegt (Kopie ausreichend):

.....



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:
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Letzte Krankenstände: <input style="width: 60%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	<input style="width: 60%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>
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**:

<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>			

◆ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	von	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	bis	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>
in	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	von	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	bis	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>
in	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	von	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	bis	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>
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	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>	<input style="width: 95%; background-color: #e0f0ff;" type="text"/>
	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, Kundmanngasse 99	
Genauere Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten und verwendeten Geräte <sup>1)</sup>	<b>Tätigkeitsbeschreibung:</b> <i>Sachbearbeiter im Vertriebsinnendienst, Bestellwesen, Auftragsbearbeitung, Kundenkorrespondenz, Kundenstammdatenpflege, 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	
.....		
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	
.....		
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> <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



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 - 33 460

Fax: 05 0405 - 22 409

**Pensionsversicherung - BVAEB**

**Geschäftsstelle Graz:**

Lessingstraße 20, 8010 Graz

Tel.: 05 0405 - 33 600

Fax: 05 0405 - 22 480