



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Eingelangt am: \_\_\_\_\_

# Antrag auf

- ALTERSPENSION
- VORZEITIGE ALTERSPENSION BEI LANGER VERSICHERUNGSDAUER
- KORRIDORPENSION
- INVALIDITÄTSPENSION / BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSION

zum Stichtag 

0	1
---	---

 . 

--

 . 

--

**! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !**

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

## 1. PERSONALDATEN DES VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Familienname / Nachname: \_\_\_\_\_ 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 des (der) Gatten (Gattin) / des eingetragenen Partners (der eingetragenen Partnerin) bzw. der Ehescheidung(en) / Auflösung der Partnerschaft(en): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Straße, Gasse, Platz	Hausnr., Stiege, Tür	Postleitzahl
_____	_____	_____
Ort	Bundesland	Land
_____	_____	_____

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON**

Nachweis liegt bei wird nachgereicht

- mit der gesetzlichen Vertretung / Obsorge betraute Person
- bevollmächtigte Person
- mit der Sachwalterschaft betraute Person

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

Postleitzahl, Ort

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen an den Versicherten gerichtet sind.

**3. PERSONALDATEN UND EINKOMMEN DES EHEPARTNERS / DER EINGETRAGENEN PARTNERIN / DES EINGETRAGENEN PARTNERS** (auch anzugeben bei geschiedener Ehe / aufgelöster eingetragener Partnerschaft / getrennt lebenden Ehegatten / getrennt lebender eingetragener Partnerin / getrennt lebenden eingetragenen Partner)

Familienname / Nachname: ..... Vorname: .....

Frühere Namen: .....

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: .....

Leben Sie mit dem Ehepartner / der eingetragenen Partnerin / dem eingetragenen Partner im gemeinsamen Haushalt?  ja  nein

Bezieht Ihr Ehepartner / die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner eine Pension oder Rente aus der Sozialversicherung?  ja  nein

Versicherungsträger, Aktenzeichen

Hat Ihr Ehepartner / die eingetragene Partnerin / der eingetragene Partner ein sonstiges Einkommen?  ja  nein

Welcher Art? ..... mtl. netto EUR .....

**4. KINDERZUSCHUSS** (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Antrag auf Kinderzuschuss für:	1. Kind	2. Kind
Familienname		
Vorname		
Versicherungsnummer und Geburtsdatum		
ehelich, unehelich, legitimiert, adoptiert, Stiefkind, Enkelkind		
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
Von welcher Person?	.....	.....
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....
Bei Kindern über dem 18. Lebensjahr bitte Grund für Antragstellung anführen (Schul-, Berufsausbildung, Erwerbsunfähigkeit)		
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
Von (bei) welchem Versicherungsträger?	.....	.....

**5. UNSELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT** (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

Ist Ihr Beschäftigungsverhältnis aufrecht?

ja Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens: EUR .....

Beabsichtigen Sie die Beschäftigung im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am: .....  nein

nein, beendet seit: .....

Haben Sie Anspruch auf Abfertigung?  ja .....  nein  
von - bis

Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Altersteilzeitvereinbarung abgeschlossen?  ja .....  nein  
von - bis

Besteht Anspruch auf bzw. erhalten Sie folgende Leistungen:

- Entgeltfortzahlung  ja .....  nein  
von - bis
- Ersatzleistung für nicht verbrauchten Urlaub (Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung)  ja .....  nein  
von - bis
- Kündigungsentschädigung  ja .....  nein  
von - bis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt** an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden?  ja  nein

Wenn ja, bitte die Telefonnummer (bei einer Beschäftigung im Ausland auch Namen und Anschrift) angeben: .....  
.....  
.....

**6. SELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT** (beachten Sie die Erläuterungen im Informationsblatt)

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen.)

- ja:  in einem Gewerbebetrieb  freiberuflich  
 als geschäftsführender Gesellschafter  Funktion  
 in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb  Beteiligung  
 auf Basis eines Werkvertrages  auf sonstige Art

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR .....

Name und Anschrift/Standort des Betriebes: .....

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit/Funktion:  
.....

Beabsichtigen Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit im Falle des Pensionsanspruches aufzugeben?

ja, am: .....  nein

nein, beendet seit: .....

**7. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT**

Besteht eine **Ausnahme von der Pflichtversicherung** nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) oder Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG)?  ja  nein

Haben (Hatten) Sie einen land- (forst)wirtschaftlichen Grundbesitz?

ja, wo? ..... von wann bis wann? .....  
 selbst bewirtschaftet  verpachtet  übergeben  gepachtet oder zugepachtet  
 nein

**8. POLITISCHE FUNKTION**

Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen?  ja  nein

**9. SONSTIGE BEZÜGE**

Beziehen oder beantragen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (zB Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (zB Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





**11. 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 unselbstständig und/oder selbstständig 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 (zB 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

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

• 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 Beitragserstattung?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

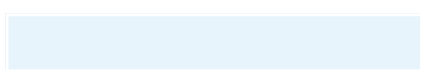
Haben Sie den (die) erstatteten Beitrag (Beiträge) zurückgezahlt?  ja  nein

Beabsichtigen Sie eine Rückzahlung?  ja  nein

**12. BUNDESPFLEGEgeld**

Bedürfen Sie ständig der Betreuung und Hilfe und beantragen Sie deshalb Pflegegeld?  ja  nein

Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?  
 ja .....  nein  
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen



**13. ERGÄNZENDE FRAGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG**

• 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

• 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 (vorzeitige) Alterspension oder Korridor pension ausfüllen:**

• Ist Ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund einer Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens eingeschränkt bzw. halten Sie sich für invalid/berufs unfähig?  ja  nein

• **Hinweis:** Ein Antrag auf Invaliditäts-/Berufs unfähigkeits pension gilt vorrangig als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation.

**14. ANWEISUNG**

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.**

**15. MELDEVERPFLICHTUNG**

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

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 (zB Spitalsaufenthalt) – innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens sind binnen **sieben Tagen** zu melden.

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

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

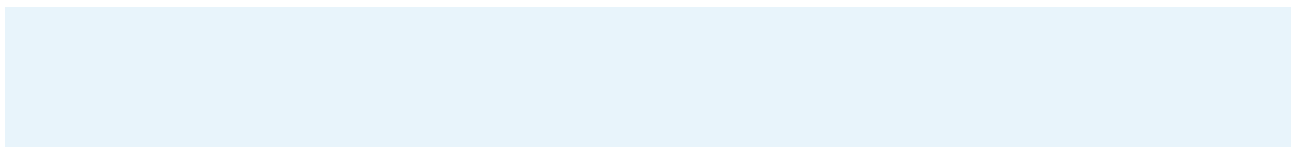
Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:



Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....  
Ort / Datum

.....  
Siegel und Unterschrift





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.

### Als Kinder gelten:

**eheliche** Kinder

**uneheliche** Kinder

**legitimierte** Kinder

**Wahl-(Adoptiv)kinder**

**Stiefkinder**

**Pflegekinder**

### **Erforderliche Dokumente:**

➤ Geburtsurkunde

### **Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:**

➤ nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis/Urteil)

➤ Legitimationsurkunde

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

➤ Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

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

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes 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				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<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
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 .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit .....
Erziehung in Österreich:	<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
• ohne Unterbrechung in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
• nur in der Zeit	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Erziehung außerhalb Österreichs:				
Staat				
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz? *	<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
Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?				
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	<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
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich? *	<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
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?	<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

\* Zutreffendfalls betreffen die Fragen die (den) Verstorbene(n).

Bei unwarhen Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift



Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Familienname /

Nachname:

Vorname:

## Beiblatt zum Antrag auf Invaliditäts- / Berufsunfähigkeitspension

**!** 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?

Krankheiten, Leiden, Gebrechen:	seit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Letzte Krankenstände:	von - bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

◆ **Krankenhausaufenthalte** der letzten 3 Jahre:

in <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
in <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
in <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input 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 type="text"/>	<input 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?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum:	Art der Maßnahmen:	Sozialversicherungsträger:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

nein  ja

Wurde Unfallanzeige erstattet?  nein  ja

.....  
Versicherungsträger

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

nein  ja

.....  
Unfallhergang

◆ Ist Ihr Leiden durch Dritte verursacht worden?

nein  ja

.....  
Datum

.....  
Name und Anschrift des Schädigers

Wird ein Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht?  nein  ja

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

nein  ja

War/Ist bei Gericht ein Verfahren anhängig?

nein  ja

.....  
zuständiges Gericht / Geschäftszahl

◆ Hausarzt / behandelnder Arzt:

.....  
Name und Anschrift

**ANGABEN ZUR ERWERBSTÄTIGKEIT**

◆ Lehrausbildung:

von	bis	Lehrberuf, Lehrbetrieb bzw. Ausbildungsstätte, Betriebsort	Lehrabschluss	
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

◆ Sonstige Aus- und Weiterbildungen (zB Kurse, Schulungen, Meisterprüfungen):

von	bis	Art	Abschluss	
.....	.....	.....	<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 zur derzeit ausgeübten Erwerbstätigkeit:

Befinden Sie sich derzeit in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis?

ja, voraussichtliches Ende: .....  nein, beendet seit: .....

Sind Sie selbstständig erwerbstätig?

ja, Tätigkeit: .....  nein

**TÄTIGKEITSBILD**

Haben Sie das 57. Lebensjahr bereits vollendet oder werden Sie dieses im nächsten Jahr vollenden?

- ja ⇒ die nachstehenden Fragen sind für **jedes** in den letzten 15 Jahren ausgeübte **Beschäftigungsverhältnis gesondert** zu beantworten.
- nein ⇒ die nachstehenden Fragen sind für die in den letzten 15 Jahren **überwiegend ausgeübte Tätigkeit** zu beantworten.

◆ Name des Dienstgebers und Betriebsart:

.....

◆ genaue Beschreibung aller Teiltätigkeiten anführen (zB Magazineur in der Werkzeugausgabe, als Lagerarbeiter Sortieren und Verpacken der Waren, Näharbeiten an Maschinen, Löten von Printplatten, Zusammenschrauben von Werkteilen, Kundenbetreuung im Innen- oder Außendienst, Dekorieren von Schaufenstern)

von	bis	Genaue Tätigkeitsbeschreibung	Verwendete Werkzeuge, Geräte etc.
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

◆ Welche Ausbildung war für diese Tätigkeit erforderlich?

Schulausbildung nach Abschluss der Pflichtschule: .....

abgeschlossene Lehre als: .....

Sonstige Kenntnisse (zB Meisterprüfung, Schulungen, Schweißprüfung, EDV-Kenntnisse): .....

◆ Haben Sie diese Tätigkeit in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre hindurch ausgeübt?

- ja     nein

tägliche Arbeitszeit in Stunden:			ständig	häufig	fallweise	nicht
Außendienst			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisetätigkeit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten über Kopfhöhe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in gebückter Haltung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in vorgebeugter Haltung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in kniender Haltung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in hockender Haltung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in anderen Körperhaltungen (welche: .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben von Lasten	- leicht	(bis 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- mittelschwer	(bis 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- schwer	(über 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen von Lasten	- leicht	(bis 5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- mittelschwer	(bis 15 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- schwer	(über 15 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ständig	häufig	fallweise	nicht
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten an laufenden Maschinen oder Geräten (welche: ..... )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsbedingtes Lenken eines KFZ etc. (welches: ..... )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärmeinwirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauch oder Gase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuglufteinwirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in geschlossenen Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Leitern oder Gerüsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringer Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durchschnittlicher Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überdurchschnittlicher Zeitdruck (zB Termin- od. Abschlussarb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besonderer Zeitdruck (zB Akkordarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fließbandarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtarbeit (von ..... bis ..... )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grobarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedienen von Tastaturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kundenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsicht über Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: ..... <input type="checkbox"/> nein			

Weitere besondere Anforderungen:

.....

Datum

.....

Unterschrift