



## 2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE VERTRETENDE PERSON

- |   | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
|---|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person<br>(Obsorge, Vorsorgevollmachtigung,<br>gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Familienname: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

Straße, Gasse, Platz

Hausnr., Stiege, Tür

.....

Postleitzahl, Ort

.....

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Bitte beachten Sie, dass nachstehende Fragen die im Punkt 1 angeführte Person betreffen.

## 3. ART UND ANZAHL DER EINZUKAUFENDEN MONATE

Ist ein Antrag auf Nachkauf bzw. nachträgliche Selbstversicherung bereits gestellt worden?

- ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

Sollten Sie nicht alle Schul-, Studien- und Ausbildungszeiten einkaufen wollen bzw. nicht für alle Monate eine nachträgliche Selbstversicherung beantragen, bitten wir Sie die gewünschte Anzahl bekanntzugeben.

- mittlere/höhere Schule ..... Monate  
 Hochschule/Ausbildungszeit ..... Monate

## 4. ART DER BEITRAGSENTRICHTUNG

- Ich möchte den Nachkauf in einem Betrag leisten.  
 Ich ersuche mir Teilzahlungen zu bewilligen.

Die Anzahl der monatlichen Teilbeträge richtet sich nach der einzukaufenden Monatsanzahl.  
Die Gesamtzahl der Teilbeträge darf das Dreifache der Anzahl der Ersatzmonate, deren Erwerb beantragt wurde, nicht überschreiten.

- Doppelte Ratenanzahl  
 Dreifache Ratenanzahl (In diesem Fall ersuchen wir um Angabe Ihrer Einkommensverhältnisse.)

Eine Entrichtung der Beiträge in Teilbeträgen (Ratenzahlung) ist bei der **nachträglichen Selbstversicherung** für Zeiten des Besuches einer Bildungseinrichtung ab dem 1.1.2005 **NICHT** zulässig.



*Einkünfte der antragstellenden Person:*

Art des Einkommens	Betrag mtl. EUR netto

*Im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger / lebende Angehörige:*

Name	Verwandtschafts- verhältnis	Geburtsdatum	Art des Einkommens	Betrag mtl. EUR netto

*Außergewöhnliche Belastungen (zB Unterhaltszahlungen für nicht im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder oder bei geschiedener Ehe oder bei aufgelöster eingetragener Partnerschaft, Pflegeheimkosten der Eltern, .....):*

Art der Ausgaben	Betrag mtl. EUR netto

Ich erkläre, dass diese Angaben wahr sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Pensionsversicherungsanstalt das Recht vorbehält, diese Angaben jederzeit zu überprüfen.

**5. ZAHLUNGSART**

Einziehungsauftrag (siehe letzte Seite)

Zahlschein

**6. STEUERLICHE BERÜCKSICHTIGUNG**

Sind Sie mit der elektronischen Übermittlung der Zahlungsbestätigung an das zuständige Finanzamt, zwecks Berücksichtigung im Rahmen der automatischen Arbeitnehmerveranlagung (AANV), einverstanden?

ja       nein

Sollten Sie nicht einverstanden sein, weisen wir darauf hin, dass seitens des Finanzamtes keine automatische Berücksichtigung Ihrer Zahlungen erfolgen kann.



## 7. VERSICHERUNGSVERLAUF

Wurden Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt (zB 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.

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

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:





# Pensionsversicherungsanstalt

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien, Österreich



Creditor-ID: AT10ZZZ00000001599

**Mandatsreferenz:** *wird nach Antragstellung vergeben*

## INFORMATION

Wir möchten Sie auf unser **Service des Einziehungsverfahrens mittels SEPA-Lastschrift** hinweisen.

Dieses ermöglicht Ihnen sich Mühe und Zeit zu ersparen, weil Sie von der termingerechten Einzahlung per Erlagschein ohne zusätzliche Kosten befreit sind. Zwecks Beratung stehen wir oder Ihr Geldinstitut gerne zur Verfügung.

**Sollten Sie diese Zahlungsvariante in Anspruch nehmen wollen, ersuchen wir Sie, den nachstehenden Einziehungsauftrag (SEPA-Lastschrift) vollständig auszufüllen.**

Die Einziehung erfolgt in weiterer Folge nicht vor dem 10. des jeweiligen Kalendermonats. Ab diesem Zeitpunkt ist Ihrerseits auf die Deckung des Kontos zu achten.

⇒ Übernimmt zB Ihr Ehepartner, Ihre Ehepartnerin, Ihr eingetragener Partner, Ihre eingetragene Partnerin oder eine andere Person die Kosten der Beitragszahlung, so ist in der Einzugsermächtigung das Bankkonto des Auftraggebers / der Auftraggeberin anzuführen. **In diesem Fall hat der Auftraggeber / die Auftraggeberin nach dem oben genannten Zeitrahmen für die Deckung des Kontos zu sorgen.**

**Über Ihren Wunsch kann der Einziehungsauftrag jederzeit storniert werden.**

Wir hoffen, mit dieser Serviceleistung einem vielfach geäußerten Wunsch nachzukommen und Ihnen damit Ihre Zahlungsmodalitäten zu erleichtern.



### SEPA Lastschrift-Mandat

**Creditor-ID:** AT10ZZZ00000001599

**Zahlungsempfänger:** Pensionsversicherungsanstalt  
1020 Wien, Friedrich-Hillegeist-Straße 1

**Mandatsreferenz:** *wird nach Antragstellung vergeben*

**Name der versicherten Person:**

.....

**Abteilung: HVBA / VSNR:** .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Pensionsversicherungsanstalt, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: .....

Adresse des Kontoinhabers: .....

Name der Bank: .....

**IBAN:** ..... **BIC (SWIFT-Code):** .....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

