



VSNR _____

ERGÄNZUNGSBLATT

für das Wanderversicherungsverfahren

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------------|---------------------|-------|------|
| Personaldaten des/der Versicherten bzw. des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin | | | | Versicherungsnummer | | | |
| Familienname und Vorname des/der Versicherten | | | | Geburtsdatum | | | |
| | | | | Tag | Monat | Jahr | |
| Frühere(r) Name(n) | | | | Derzeitige Staatsbürgerschaft | | | |
| Personenstand: <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet seit | <input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit | <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend seit | | | | |
| | <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft seit | | | | |
| | <input type="checkbox"/> verwitwet seit | <input type="checkbox"/> verwitwet seit | <input type="checkbox"/> hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in seit | | | | |
| Familienname und Vorname des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin | | | Beruf | | Versicherungsnummer | | |
| Frühere(r) Name(n) | | | | | Geburtsdatum | | |
| | | | | | Tag | Monat | Jahr |



Berufstätigkeit des/der Versicherten (bei Hinterbliebenenanträgen sind die Zeiten des/der Verstorbenen anzugeben!)

1. Zeiten der Beschäftigung im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb der Eltern, Groß-, Wahl-, Stief- oder Schwiegereltern nach Vollendung des 15. Lebensjahres.

| vom (Tag, Monat, Jahr) | bis (Tag, Monat, Jahr) | Name, Geburtsdatum und Anschrift des Betriebsinhabers/der Betriebsinhaberin (Betriebsort / Gemeinde / Land) | Ausmaß des Betriebes in ha | Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Betriebsinhaber/in | Wurde diese Tätigkeit hauptberuflich 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 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

2. Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft. Hier sind die Zeiten, in denen ein Betrieb auf Rechnung und Gefahr des Antragstellers/der Antragstellerin geführt wurde (nicht jedoch Zeiten der gänzlichen Verpachtung), anzuführen. **Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte usw. bitte beilegen!**

Bis 30. September 1970

| Betriebsführung | | Ausmaß der bewirtschafteten Fläche | | Kulturart der Pachtgründe | Wurde der Betrieb a) allein b) mit dem/der Ehepartner/in c) mit anderen Pers. geführt? | Eigentumsanteil (z.B. 1/1, 1/2 1/3) | Haben Sie Ihren Lebensunterhalt in der Zeit, in der Sie nicht anderweitig erwerbstätig waren, überwiegend aus der Landwirtschaft bestritten? |
|---------------------------|--|--|------------------|---------------------------|---|--|--|
| vom (Tag, Monat, Jahr) | bis (Tag, Monat, Jahr) (längstens 30.9.1970) | Eigengrund Fruchtgenuss (Wirtschaftsrecht) in ha | Pachtgrund in ha | | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Ab 1. Oktober 1970

| Betriebsführung | | Betriebsort / Gemeinde / Land |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| vom (Tag, Monat, Jahr) | bis (Tag, Monat, Jahr) | |
| | | |
| | | |
| | | |

Die Beitragszahlungen erfolgten unter folgenden Aktenzeichen:

Beiträge zur Pflichtversicherung Aktenzeichen

Beiträge zur Weiterversicherung nein ja Aktenzeichen

Beiträge zur Höherversicherung nein ja Aktenzeichen

| | | | auszahlende Stelle | Aktenzeichen | mtl. Betrag |
|---|--|--|--------------------|--------------|-------------|
| Wird eine Geldleistung von einem Sozialversicherungsträger oder einer anderen Stelle bezogen? | vom Antragsteller/ von der Antragstellerin | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | vom Ehepartner/von der Ehepartnerin / vom eingetragenen Partner/von der eingetragenen Partnerin | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden.

Anzahl der Beilagen:

Ort und Datum

Unterschrift