



**FÜR GEWERBETREIBENDE UND NEUE SELBSTÄNDIGE**

- ANFRAGE** wegen
- Schwerarbeitspension**
  - vorzeitiger Alterspension bei langer Versicherungsdauer**
  - Korridorpension**
  - Alterspension**
- ANTRAG** auf
- Erfassung/Ergänzung der Versicherungszeiten**

Eingangsstempel	
VSNR	
Aktenzeichen	Referenznummer
Bezugsnummer	

**1. Personaldaten der versicherten Person**  
(Namen bitte in Blockschrift!)

Familienname und Vorname	akad. Titel	Geschl.	Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften			Staatsbürgerschaft	Anzahl der Kinder
PLZ - Ort	Straße, Gasse, Platz, Hausnr., Stiege, Stock, Tür			
Telefonnummer(n)	E-Mail			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft   seit				
Familienname und Vorname des (Ehe)Partners	akad. Titel	Geschl.	VSNR bzw. Geburtsdatum des (Ehe)Partners	
Geburtsname und Namen aus früheren Ehen/Partnerschaften				

**2. Weitere Angaben**

	ja	nein	
1. Wurden Ihre <b>Versicherungszeiten</b> bereits geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsverlauf (PPS-240202) <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
2. Wenn <b>nein</b> :			
a) Haben Sie zu dem von 1952 bis 1957 bestandenen Handelskammer-Altersunterstützungsfonds Beiträge entrichtet? Wenn ja, für welche Jahre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie aus der gewerblichen Tätigkeit <b>vor</b> Einführung der Pflichtversicherung überwiegend den Lebensunterhalt bestritten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Liegt ein <b>Witwen-/Witwerbetrieb</b> vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Waren Sie im <b>Ausland</b> erwerbstätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Staat:
5. Steht Ihre Pensionsanfrage in einem ursächlichen Zusammenhang mit einem <b>Unfall</b> (z. B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall) oder einer vor-sätzlichen <b>Körperverletzung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ggf. Form PPS-200203 notwendig!
6. Unterliegen Sie derzeit der <b>GSVG-/FSVG-Pflicht- oder Weiterversi-cherung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn nein: Angabe der derzeitigen Tätigkeit
7. Wünschen Sie eine Berechnung über die Auswirkungen eines <b>Schul-zeiten-Nachkaufs</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(gilt nicht als Antrag)
8. Haben Sie Schwerarbeit geleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Form PPS-230101 notwendig!

