



## ANTRAG auf

## FESTSTELLUNG der ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Eingangsstempel

zum gewünschten Zeitpunkt ab

| Stichtag |       |      |
|----------|-------|------|
| Tag      | Monat | Jahr |
| 01.      |       |      |

**Genauere Erläuterungen finden Sie auf beiliegendem Informationsblatt**

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen ☒

| 1                              | VERSICHERTE PERSON |                                                                                                                                                                                                                    | Versicherungsnummer |                      |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
|                                |                    |                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |
| Familiennamen                  |                    |                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |
| Vorname                        |                    |                                                                                                                                                                                                                    |                     | Titel                |
| Frühere Namen                  |                    | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                       |                     |                      |
| Geschlecht                     |                    | Staatsbürgerschaft                                                                                                                                                                                                 |                     |                      |
| Personenstand                  |                    | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> in (ehemaliger) eingetragener Partnerschaft |                     |                      |
| Wohnadresse                    |                    | Straße / Gasse / Platz                                                                                                                                                                                             |                     | Hausnr./ Stiege/ Tür |
|                                |                    | Postleitzahl                                                                                                                                                                                                       | Ort                 | Land                 |
| Telefonnummer<br>(mit Vorwahl) |                    |                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |
| E-Mail                         |                    |                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [svs.at/vvt](https://svs.at/vvt).

| 2 ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE VERTRETENDE PERSON |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                      |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|
| Ich bin                                        | <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraut<br><small>(Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium)</small> <input type="checkbox"/> bevollmächtigt<br>Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |       |                      |
| Familienname                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                      |
| Vorname                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Titel |                      |
| Wohnadresse                                    | Straße / Gasse / Platz                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       | Hausnr./ Stiege/ Tür |
|                                                | Postleitzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ort   | Land                 |
| Telefonnummer<br><small>(mit Vorwahl)</small>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                      |
| E-Mail                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                      |

| 3 VERSICHERUNGSVERLAUF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Haben Sie Kinder in Österreich, in einem EU / EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland erzogen, für die noch keine Kindererziehungszeiten festgestellt wurden?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Fragebogen Kindererziehungszeiten ausfüllen <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |  |
| Sind Sie an einem (weiteren) Nachkauf Ihrer Schul- bzw. Studienzeiten (ab dem 15. Lebensjahr) interessiert?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Antrag Schul-, Studienzeiten ausfüllen <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht                                                                                                         |  |
| Wünschen Sie eine (fiktive) Berechnung über die Auswirkungen eines Nachkaufes Ihrer Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten (ab dem 15. Lebensjahr)?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                     |  |
| Waren Sie im Ausland erwerbstätig?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Staat(en) .....<br>Zeitraum .....                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Wurden Ihre Zeiten im Ausland bereits festgestellt?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja ausländischer Versicherungsträger .....                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Hatten Sie Ihren Wohnsitz im Ausland, ohne dort erwerbstätig gewesen zu sein?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Staat(en) .....<br>Zeitraum .....                                                                                                                                                                                                                          |  |

|                                                                                                                                    |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4</b>                                                                                                                           | <b>ERGÄNZENDE ANGABEN</b>                                                     |
| <b>Zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit folgende Formulare ausfüllen</b>                                                        |                                                                               |
| Fragebogen Gesundheitszustand                                                                                                      | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <b>Zusätzlich nur für GSVG-/FSVG-Versicherte</b><br>(Gewerbetreibende, Neue Selbständige, Freiberuflich selbständig Erwerbstätige) |                                                                               |
| Fragebogen Ausbildung                                                                                                              | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Fragebogen Tätigkeitsbeschreibung                                                                                                  | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Fragebogen Betriebsstruktur/Belastung                                                                                              | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Fragebogen Rehabilitation                                                                                                          | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>HINWEISE</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieser Antrag gilt nicht als Pensionsantrag.</li> <li>• Ein positiv abgeschlossenes Feststellungsverfahren bewirkt keine automatische Zuerkennung einer Pension.</li> <li>• Grundsätzlich gilt „Rehabilitation vor Pension“. Wir prüfen vorrangig, ob Rehabilitationsmaßnahmen möglich und zumutbar sind und dadurch eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erreicht werden kann.</li> </ul> |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>6</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>ERKLÄRUNG</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe die Hinweise und das Informationsblatt gelesen und zur Kenntnis genommen.</li> <li>• Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.</li> <li>• Ich bin mir bewusst, dass unvollständige und falsche Angaben sowie eine Nichteinhaltung der Meldepflichten rechtliche Konsequenzen haben können.</li> <li>• Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger notwendige Auskünfte für die Bearbeitung meines Antrags bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.</li> </ul> |                  |

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| <b>Datum</b> | <b>Unterschrift</b> |
|--------------|---------------------|

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| Folgende Unterlagen liegen bei: .....<br>.....<br>.....<br>..... |
|------------------------------------------------------------------|





## INFORMATIONSBLETT

### Antrag auf Feststellung der Erwerbsunfähigkeit

Bitte

- füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus
- beachten Sie, dass unvollständige Angaben zu Rückfragen und somit zu Verzögerungen führen
- legen Sie die entsprechenden Bestätigungen, Nachweise, Urkunden etc. zu den im Antragsformular angegebenen Daten bei – Kopien sind ausreichend

#### STICHTAG

Durch Ihren Antrag wird der sogenannte Stichtag ausgelöst. Das ist der Tag der Antragstellung, wenn es ein Monatserster ist, sonst der folgende Monatserste.

Zu diesem Stichtag wird geprüft,

- ob Sie Anspruch auf berufliche Rehabilitation haben (dieser Anspruch ist vorrangig)
- ob Sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (mindestens sechs Monate Erwerbsunfähigkeit, Mindestversicherungszeit),
- von welchem Pensionsversicherungsträger (meiste Versicherungsmonate in den letzten 15 Jahren) und
- in welchem Ausmaß Sie die Leistung erhalten.

#### VERSICHERUNGSVERLAUF

Grundsätzlich sind die im Inland erworbenen Versicherungszeiten und Beitragsgrundlagen für alle Personen im Pensionskonto gespeichert. Bitte ergänzen Sie fehlende Versicherungszeiten (z.B. Zeiten im Ausland, Zeiten der Kindererziehung etc.) im Antragsformular.

Damit wir Zeiten eines Schulbesuchs oder eines Studiums und bestimmte Ausbildungszeiten für Ihre Pension berücksichtigen können, müssen Sie Beiträge entrichten.

#### DATENSCHUTZ

Um die gesetzlich übertragenen Aufgaben erfüllen zu können, verarbeitet die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen Daten unterschiedlichster Art. Darunter befinden sich auch personenbezogene Daten, also solche Daten, die sich auf Sie persönlich beziehen.

Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten streng vertraulich und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Übermittlungen von Daten an andere Stellen erfolgen 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.

Informationen nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [svs.at/vvt](https://svs.at/vvt).

## ANTRAGSTELLUNG

Das Antragsformblatt kann bei der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) oder bei einem unserer Beratungstage, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Österreichische Gesundheitskasse) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) abgegeben werden.

Ein bei einer Gemeinde gestellter Antrag gilt mit dem Tag der Einbringung bei dieser als gestellt, wenn der Antrag binnen zwei Monaten bei einem Versicherungsträger einlangt.

Sie können den Antrag per Post oder auch

- Online oder per E-Mail digital signiert oder
- per E-Mail (ohne digitale Signatur)

einbringen.

Das Antragsformular muss unterschrieben sein. Es dürfen unsererseits keine Zweifel an der Echtheit der Unterschrift bzw. der Identität des Antragstellers bestehen.

Die erforderlichen Fragebögen sowie weitere Informationen zu den unterschiedlichen Themenbereichen finden Sie in den Broschüren und Infoblättern auf unserer Homepage unter [svs.at](https://svs.at).



## UNSERE ADRESSEN

Sie können uns erreichen:

- **Digital:** per svsgo-Nachrichten oder Onlineformulare
- **Per Post**
- **Telefonisch:** unter 050 808 808
- **Per E-Mail:** unter pps@svs.at
- **Persönlich:** in unseren SVS Kundencentern oder bei den SVS Beratungstagen – bitte vereinbaren Sie vorab einen Termin unter [svs.at/termin](https://svs.at/termin)

|                         |                           |                               |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| <b>Wien</b>             | Wiedner Hauptstraße 84-86 | 1051 Wien                     |
| <b>Niederösterreich</b> | Neugebäudeplatz 1         | 3100 St. Pölten               |
| <b>Burgenland</b>       | Siegfried Marcus-Straße 5 | 7000 Eisenstadt               |
| <b>Oberösterreich</b>   | Hanuschstraße 34          | 4020 Linz                     |
| <b>Steiermark</b>       | Körblergasse 115          | 8010 Graz                     |
| <b>Kärnten</b>          | Bahnhofstraße 67          | 9020 Klagenfurt am Wörthersee |
| <b>Salzburg</b>         | Auerspergstraße 24        | 5020 Salzburg                 |
| <b>Tirol</b>            | Klara-Pölt-Weg 1          | 6020 Innsbruck                |
| <b>Vorarlberg</b>       | Schloßgraben 14           | 6800 Feldkirch                |

### Elektronische Zustellung „Mein Postkorb“

Möchten Sie Ihre Post jederzeit und überall abrufen - und dabei gleichzeitig die Umwelt schonen?

Mit dem elektronischen Postfach „**Mein Postkorb**“ haben Sie Ihre behördlichen Dokumente (nicht nur die der SVS) immer griffbereit, sparen Papier und handeln nachhaltig. Einfach, sicher und bequem – ganz ohne Briefkasten. Weitere Informationen zur elektronischen Zustellung finden Sie unter [svs.at/e-zustellung](https://svs.at/e-zustellung) oder unter [oesterreich.gv.at](https://oesterreich.gv.at).

### Schreiben Sie uns eine Nachricht über svsgo – schnell, sicher und direkt!

Mit svsgo können Sie uns nicht nur Nachrichten schicken, sondern auch Anträge einbringen, persönliche Daten einsehen, Bestätigungen herunterladen, Rechnungen oder Verordnungen einreichen. Nähere Informationen dazu finden Sie unter [svs.at/go](https://svs.at/go).

Die Meldepflichten in anderen Sprachen und weitere ausführliche Informationen zu unterschiedlichen Themenbereichen (z.B. „Pensionszahlungsbeleg“, „Angehörigenbonus“) finden Sie in den Broschüren und Infoblättern auf unserer Website unter [www.svs.at/info](https://www.svs.at/info).