



## 2. ANTRAGSTELLUNG DURCH EINE ANDERE PERSON

- |                                                                                                                                                                                                                               | <i>Nachweis liegt bei</i> | <i>wird nachgereicht</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person<br>(Sachwalter, mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigter, gewählter, gesetzlicher oder gerichtlicher Erwachsenenvertreter, Kurator) | <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 an den Versicherten / die Versicherte gerichtet sind.

## 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 des Versicherten / der Versicherten:*

| Art des Einkommens | Betrag mtl. EUR netto |
|--------------------|-----------------------|
|                    |                       |

*Im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger / lebende Angehörige:*

| Name | Verwandtschafts-<br>verhältnis | Geburtsdatum | Art des<br>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)<br>b) selbstständig als .....<br>c) freiw. pensionsversichert<br>d) nicht beschäftigt wegen ..... | Name und Anschrift<br>(Dienstgeber, Arbeitsmarktservice,<br>Sozialversicherungsträger, Betrieb etc.)<br>Bundesland, Staat |
|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |                                                                                                                                    |                                                                                                                           |
|     |     |                                                                                                                                    |                                                                                                                           |
|     |     |                                                                                                                                    |                                                                                                                           |
|     |     |                                                                                                                                    |                                                                                                                           |
|     |     |                                                                                                                                    |                                                                                                                           |
|     |     |                                                                                                                                    |                                                                                                                           |

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der antragstellenden Person

Folgende Unterlagen werden dem Antrag angeschlossen:



