

Eingangsstempel

# ANTRAG auf

- Witwen(Witwer)pension bzw. Abfindung  
 Waisenspension bzw. Abfindung  
 Zutreffendes bitte ankreuzen

Gleichzeitig wird die Fortsetzung des Verfahrens bzw. Auszahlung fälliger Geldleistungen beantragt.

## A. Personaldaten des (der) verstorbenen Versicherten

Familiennamen		Versicherungsnummer		
Vorname		Geburtsdatum		
Frühere(r) Name(n)		Tag	Monat	Jahr
Staatsbürgerschaft am Todestag		Geburtsort		
Todestag		Todesursache		
Todesursache		Geburtsurkunde bitte beilegen!		
Todesursache		Sterbeurkunde bitte beilegen!		
Liest fremdes Verschulden vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ist der Tod die Folge eines Unfalles oder einer Berufskrankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## B. Personaldaten der Witwe (des Witwers)

Familiennamen		Versicherungsnummer		
Vorname		Geburtsdatum		
Frühere(r) Name(n)		Tag	Monat	Jahr
Mit dem (der) Verstorbenen verheiratet gewesen seit		Geburtsurkunde bitte beilegen!		
geschieden ge- wesen seit	wiederverheiratet seit	Heiratsurkunde bzw. Scheidungsurteil bitte beilegen!		
Beruf				
Wohnanschrift		Hausname (vulgo)		Telefon
Postleitzahl	Postort	politischer Bezirk		

## C. Personaldaten der Waisen

Bitte alle Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr anführen. Darüber hinaus auch alle Kinder ab dem vollendeten 18. Lebensjahr angeben, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder wegen einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind.

Familiennamen	Vorname	ehelich, legitimiert, unehelich, Wahl- Stiefkind	Waisenspension über das 18. Lebensjahr beantragt wegen	Versicherungsnummer		
				Geburtsdatum		
				Tag	Monat	Jahr

Geburtsurkunden, Adoptionsvertrag, Vaterschaftsanerkennung, Bestätigung über den ordnungsgemäßen Schulbesuch (Berufsausbildung), Lehrvertrag bzw. ärztliche Bestätigung, Vormundschaftsbestellungsdekret bitte beilegen!

**D. Angaben über die selbständige Erwerbstätigkeit der Witwe (des Witwers) in der Land(Forst)wirtschaft. Kauf-, Übergabs-, Pachtverträge, Ehepakte, Vertrag über die Auflösung der Gütergemeinschaft, Einantwortungsurkunde und den (die) zuletzt erhaltenen Einheitswertbescheid(e) bitte beilegen!**

<input type="checkbox"/> Führen Sie <b>ab dem Todestag des Ehepartners</b> einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf eigene Rechnung und Gefahr? <input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja	Eigengrund/Fruchtgenuss		Pachtgründe bzw. sonstige Nutzflächen	
	Ausmaß in ha	letzter Einheitswert	Ausmaß in ha	letzter Einheitswert
		EUR		EUR
Anschrift des Betriebes				
<input type="checkbox"/> Haben Sie bereits <b>vor dem Tod des Ehepartners</b> selbst einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb geführt? <input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja; Versicherungsnummer, unter der vor dem Tod des Ehepartners Beiträge entrichtet wurden!				
<input type="checkbox"/> Hat sich das Ausmaß der bewirtschafteten Fläche ab dem Tod des Ehepartners verändert? <input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja; <b>bitte Kauf-, Pacht-, Schenkungs-, Übergabs- und sonstige Verträge beilegen!</b>				

**E. Unterhaltsverpflichtungen und Unterhaltsansprüche zur Feststellung der Ausgleichszulage**

1. Hat die (der) Witwe(r) weitere Kinder bzw. Angehörige überwiegend zu erhalten?				
Name	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Eigenes Einkommen der Kinder	
			Art	mtl. EUR
	. .			
	. .			
2. Hat die Waise einen – geschiedenen – Ehepartner oder Kinder?				
Name	Geburtsdatum	Gemeinsamer Haushalt	Eigenes Einkommen der Angehörigen	
			Art	mtl. EUR
	. .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	. .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Einkünfte der Eltern der (des) Witwe(rs)				
Verwandtschaftsgrad zur (zum) Witwe(r)	Name, Adresse und Beruf der Eltern		Gemeinsamer Haushalt	Höhe des Nettoein- kommens mtl. EUR
Vater			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mutter			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Von welchem Elternteil werden weitere Angehörige überwiegend erhalten?				
Unterhaltungspflichtiger Elternteil	Name und Anschrift der Angehörigen		Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Vater			. .	
Mutter			. .	
5. Leben die Waisen mit der Mutter (dem Vater) im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche Waisen leben nicht mit der Mutter (dem Vater) im gemeinsamen Haushalt Namen dieser Waisen:		
6. Erhält die Witwe/Waise (der Witwer) weitere Unterhaltszahlungen?		von wem/Verwandtschaftsverhältnis/mtl. Höhe		

**F. Erwerbstätigkeiten (Beschäftigungen) und Einkünfte in Geld oder Geldeswert ab dem Todestag des (der) Verstorbenen (Pensionisten)**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Art der Einkünfte	Witwe(r)	Waisen (bei mehreren Waisen bitte Aufstellung beilegen!)
1. Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft <b>bewirtschaftete Fläche</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Größe in ha/Anschrift des Betriebes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Größe in ha/Anschrift des Betriebes
2. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf? <small>(Bitte, den letzten Einkommenssteuerbescheid beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art/Standort	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art/Standort
3. Unselbständige Erwerbstätigkeit als Arbeiter, Angestellter, Beamter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Arbeitgeber/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Arbeitgeber/mtl. Bezug
4. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeitbeihilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Krankenkasse/Arbeitsamt/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Krankenkasse/Arbeitsamt/mtl. Bezug
5. Ruhe-(Versorgungs-)genüsse <small>(Bitte, einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, auszahlende Stelle/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, auszahlende Stelle/mtl. Bezug
6. Bezug nach dem Opferfürsorgegesetz <small>(Bitte, einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen, mtl. Bezug
7. Wird eine Geldleistung bezogen von . . . ; oder wurde ein Antrag gestellt bei . . . <small>(Gegebenenfalls den betreffenden Versicherungsträger ankreuzen.)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!
<input type="checkbox"/> der Pensionsversicherungsanstalt	Aktenzeichen (AZ)	Aktenzeichen (AZ)
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Pensionsvers.	Versicherungsnummer (VSNR)	Versicherungsnummer (VSNR)
<input type="checkbox"/> der Sozialversicherungsanstalt der Bauern – Unfallversicherung	VSNR	VSNR
<input type="checkbox"/> der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem ausländischen Versicherungsträger (Anschrift)	AZ	AZ
<input type="checkbox"/> einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (früher LIA)	AZ	AZ
8. Wird eine Geldleistung von der öffentlichen Fürsorge, auch Pflegegeld, Blindenbeihilfe u.ä. bezogen oder wurde ein Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art/mtl. Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art/mtl. Bezug
	Auszahlende Stelle/Antrag bei/Aktenzeichen:	Auszahlende Stelle/Antrag bei/Aktenzeichen:
9. Sonstige Einkünfte (z.B. Ausgedinge, Leibrenten, Firmenpensionen, Hinterbliebenenversorgung nach einem Bürgermeister, Aufwandsentschädigungen, Provisionen, Vermögenszinsen, Funktionsbezüge, Einnahmen aus Zimmer- und Wohnungsvermietung, Vermietung von Ställen und Scheunen etc. für gewerbliche und sportliche Zwecke, Pachteinnahmen aus Grundflächen, Pachteinnahmen aus Campingplätzen, Alimente, Unterhaltsleistungen usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.

**G. Angaben über den Gesundheitszustand (bereits vorhandene ärztliche Befunde beilegen!):**

1. Bedarf die Witwe (der Witwer) oder eine der Waisen, die bereits das 3. Lebensjahr vollendet hat, ständig der Hilfe und beantragt deshalb das Pflegegeld? <b>Für wen</b> wird das Pflegegeld beantragt?	
2. Welche(r) der Hinterbliebenen war(en) in den letzten drei Jahren in Krankenhauspflege? Von wann bis wann? In welchem Krankenhaus?	
3. Ist die Witwe (der Witwer) bzw. sind die Waisen geh- bzw. reisefähig und daher imstande, zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?	

**H. Wenn die (der) Hinterbliebene(n) den Antrag nicht selbst stellt(en), Name und Anschrift des Bevollmächtigten (Vollmacht bitte beilegen.)**

.....  
Hat die (der) Hinterbliebene einen Sachwalter (Vormund), Name und Anschrift des Sachwalters (Vormundes) (**Bestellungsdekret bitte beilegen!**)  
.....

**J. Pensionsauszahlung**

- |  |   |
|--|---|
| 1. für Witwen(Witwer)pension<br>Der Antragsteller (die Antragstellerin) wünscht, dass die beantragte Pension | 2. für Waisenpension(en)<br>Der Sachwalter (Vormund) oder der gesetzliche Vertreter wünscht, dass die beantragte Pension an (Name und Anschrift):<br>.....<br>..... |
|--|---|

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> auf das Konto Nr. ....<br>bei der ..... Kasse<br>Bank<br>in ..... überwiesen wird. | <input type="checkbox"/> auf das Konto Nr. ....<br>bei der ..... Kasse<br>Bank<br>in ..... überwiesen wird. |
|---|---|

**(Bitte, den Überweisungsantrag, der von diesem Geldinstitut ausgestellt wird, beilegen!)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird | <input type="checkbox"/> durch die Post an die Wohnadresse zugestellt wird<br>(Gewünschtes bitte ankreuzen!) |
|--|--|

**K. Lohnsteuer:** Für die Berücksichtigung des **Alleinverdiener-/Alleinerzieherabsetzbetrages** ist die Vorlage einer Erklärung erforderlich. Dafür erhalten Sie über Anforderung von unserer Anstalt oder vom Finanzamt das **Formular E30**.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich verpflichte mich, alle künftig anfallenden Geld- und Sachleistungen, deren Erhöhung sowie jede Änderung in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, insbesondere die Wiederverhehlung und die Änderung des Wohnsitzes sofort, längstens innerhalb von 2 Wochen, mitzuteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Änderung in der Höhe des Erwerbseinkommens innerhalb von 7 Tagen bekannt zu geben ist.

Anzahl der Beilagen: .....  
..... Ort und Datum

.....  
Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (der Antragstellerin)  
oder des bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

.....  
Eigenhändige Unterschrift des Sachwalters (Vormundes)  
oder des gesetzlichen Vertreters

**Zur Beachtung!** Um Nachteile für den Antragsteller (die Antragstellerin) bei der Festsetzung des Pensionsbeginnes zu vermeiden, sind Anträge sofort an die Anstalt weiterzuleiten, also auch dann, wenn die erforderlichen Unterlagen (Dokumente, Bestätigungen usw.) nicht oder noch nicht vollständig beigelegt werden können. Fehlende Nachweise sind ehstens nachzusenden.

Alle Urkunden und Beilagen sind stempel- und gebührenfrei, wenn sie nur für diesen Antrag verwendet werden sollen!

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle:

Dieser Antrag sowie das Beiblatt wurden von der unterzeichneten Stelle als Niederschrift im Sinne des § 14 AVG aufgenommen. Die Partei wurde zur Wahrheitspflicht ermahnt und auf die Folgen unwahrer Angaben hingewiesen.

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel und Unterschrift

# Beschäftigungsverlauf des (der) Verstorbenen

			Versicherungsnummer		
Familienname	Vorname	Todestag	Geburtsdatum		
			Tag	Monat	Jahr

**Bitte beachten!** Falls der Ehepartner bereits eine Pension (Übergangspension) bezogen hat, ist dieses Einlageblatt nicht auszufüllen. Hat der Ehepartner noch keine Pension (Übergangspension) bezogen, sind aber seine Pensionsversicherungszeiten bereits erfasst und ist darüber eine "Mitteilung über Pensionsversicherungszeiten" ausgestellt, ist dieses Beiblatt nur dann auszufüllen, wenn nach der Erfassung weitere Pensionsversicherungszeiten erworben wurden, die in der "Mitteilung" noch nicht berücksichtigt sind. Die im Zusammenhang mit der Feststellung von Pensionsversicherungszeiten bereits vorgelegten Dokumente brauchen nicht wieder vorgelegt werden. Die "Mitteilung über Versicherungs- und neutrale Zeiten" ist – soweit vorhanden – diesem Antrag beizulegen.

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 (Betriebsort / Gemeinde / Land)	Ausmaß des Betriebes in ha	Verwandtschaftsverhältnis zum Betriebsinhaber	Wurde diese Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt?
Daten für Verstorbenen (Verstorbene)					
. .	. .				<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 des (der) Verstorbenen. Hier sind die Zeiten, in denen ein Betrieb auf Rechnung und Gefahr des (der) Verstorbenen 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 Ehepartner c) mit anderen Pers. geführt?	Beständen Ehepakte?	Eigentumsanteil (z.B. 1/1, 1/2 1/3)	Wurde daraus überwiegend der Lebensunterhalt bestritten?
vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr) (längstens 30.9.1970)	Eigengrund Fruchtgenuss- (Wirtschafts-) recht in ha	Pachtgrund in ha					
Betriebsort / Gemeinde / Land								
. .	. .							<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 an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern erfolgten unter folgenden Aktenzeichen:

- Beiträge zur Pflichtversicherung Aktenzeichen  
 Beiträge zur Weiterversicherung     nein     ja    Aktenzeichen  
 Beiträge zur Höherversicherung     nein     ja    Aktenzeichen

3. Zeiten der hauptberuflichen Beschäftigung Ihres nun verstorbenen Ehepartners in dem auf Ihre Rechnung und Gefahr geführten land(forst)wirtschaftlichen Betrieb (frühestens ab 1.1.1992) bis zum Tod.

vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	Betriebsort / Gemeinde / Land
. .	. .	
. .	. .	

4. Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit in der gewerblichen Wirtschaft  
(oder gleichgestellten freiberuflichen Erwerbstätigkeit).

Art der Gewerbeberechtigung (der freiberuflichen Erwerbstätigkeit)	Zeiten der tatsächlichen Ausübung		Zeiten der Nichtausübung, Stilllegung, Verpachtung, usw.		Anschrift (Standort) des Betriebes (Gemeinde, Bezirk, Land)
	vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	
Daten für Verstorbene(n) (Verstorbene)					
	. .	. .	. .	. .	
	. .	. .	. .	. .	
Die Beitragszahlungen an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft erfolgten unter dem Aktenzeichen:					

5. ● Zeiten der Schulausbildung (**Schulzeugnisse bzw. Studiennachweise bitte beilegen**),

- Zeiten einer unselbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb oder neben der Tätigkeit im Betrieb der Eltern, Groß-, Wahl-, Stief- oder Schwiegereltern, des Ehepartners oder im eigenen Betrieb,
- Zeiten der Arbeitslosigkeit und der freiwilligen Pensions(Renten)versicherung nach Vollendung des 14. Lebensjahres.

vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	Schüler – Student beschäftigt als arbeitslos, freiwillig versichert	Name und Anschrift der mittleren, höheren oder Hochschule, der Dienstgeber, des Arbeitsamtes bzw. der Pensionsversicherungsanstalt (Aktenzeichen bitte angeben!)
Daten für Verstorbene(n) (Verstorbene)			
. .	. .		
. .	. .		
. .	. .		
. .	. .		

6. Zeiten des Wehr-, Kriegs- oder Notdienstes, der Kriegsgefangenschaft, Internierung sowie sonstiger Verhinderung.  
(**Staatsbürgerschaftsnachweis, Soldbuch, Wehrpass, Heimkehrerentlassungsschein, Wehrdienstbuch bitte beilegen!**)

vom (Tag, Monat, Jahr)	bis (Tag, Monat, Jahr)	Art der Dienstleistung, Grund der Verhinderung	a) Verstorbener (Verstorbene) b) Antragsteller (Antragstellerin)
. .	. .		

7. Zeiten der Kindererziehung

Im Inland (EWR) mindestens während der ersten vier Lebensjahre **überwiegend** erzogene leibliche Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder und Pflegekinder (Pflegekinder nur dann, wenn die Übernahme der Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgt ist).

<p>Zeiten der Kindererziehung</p> <p><input type="checkbox"/> liegen vor – falls diese in der auf der Vorderseite erwähnten "Mitteilung" noch nicht berücksichtigt sind, <b>verwenden Sie bitte für Angaben dazu den Vordruck "Erklärung für Zeiten der Kindererziehung"</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> liegen nicht vor</p>
--

Ort und Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (der Antragstellerin)  
oder des bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

## FRAGEBOGEN ZUR FESTSTELLUNG DER WITWEN-(WITWER-)PENSION

**Sehr geehrte Frau! Sehr geehrter Herr!**

Die Witwen-(Witwer-)pension beträgt zwischen 0 und 60 Prozent der Pension, auf die der verstorbene Ehepartner Anspruch gehabt hat oder hätte. Für die Ermittlung der Höhe der Witwen-(Witwer-)pension ist unter anderem die Bildung einer Berechnungsgrundlage sowohl für den/die Hinterbliebene/n als auch für die/den Verstorbene/n erforderlich. Maßgeblich ist dabei das **Einkommen** von beiden **in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des Ehepartners**.

Um die Höhe der Berechnungsgrundlage(n) feststellen zu können, ersuchen wir Sie, den beiliegenden Fragebogen wahrheitsgemäß zu beantworten, ihn zu unterfertigen und entsprechende Nachweise für Ihre Angaben beizulegen. Sollten Sie keine besitzen, ersuchen wir, keinesfalls von sich aus bei den jeweiligen Stellen (Dienstgeber, Sozialversicherungsträger, ausländischer Versicherungsträger, etc.) Erhebungen einzuleiten. Diese werden bei Bedarf von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern durchgeführt.

Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zu Verzögerungen und Rückfragen führen.

Mit freundlichen Grüßen  
Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>		
ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES/DER VERSTORBENEN
<b>Pensions- / Rentenansprüche, brutto monatlich</b> von einem anderen Versicherungsträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsträger (Sozialversicherungsträger) <input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> ausländischer Versicherungsträger Anzahl der Bezüge pro Jahr:	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....
	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....	Träger / Anstalt ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....
<b>Ruhe- / Versorgungsgenuss, brutto monatlich</b> <input type="checkbox"/> aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> <b>keine</b> solche Leistung	Ehemaliger Dienstgeber bzw. aus- zahlende Stelle ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....	Ehemaliger Dienstgeber bzw. aus- zahlende Stelle ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....
	Ehemaliger Dienstgeber bzw. aus- zahlende Stelle ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....	Ehemaliger Dienstgeber bzw. aus- zahlende Stelle ..... Aktenzeichen ..... ab ..... EUR ..... ab ..... EUR .....

