



# Antrag auf

Eingelangt am: \_\_\_\_\_

- WITWENPENSION
- WITWERPENSION
- WAISENPENSION

**! Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf beiliegendem Informationsblatt !**

## 1. PERSONALDATEN DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum
_____	_____

Zuname: ..... Vorname: .....

Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort/Land: .....

Datum der Eheschließung(en): .....  
.....

Letzter Wohnort: .....  
Postleitzahl, Ort, Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

Todestag: ..... Todesursache: .....

## 2. PERSONALDATEN DER WITWE / DES WITWERS

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum
_____	_____

Zuname: ..... Vorname: .....

Frühere Namen: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich Staatsangehörigkeit: ..... seit: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort/Land: .....

Wenn Sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, teilen Sie uns bitte Ihre Muttersprache mit: .....

Datum der Eheschließung(en): .....  
.....

Datum des Todes des (der) Gatten bzw. der Ehescheidung(en): .....  
.....

Adresse: .....  
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür

.....  
Postleitzahl, Ort Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

Sollten Sie Ihre Adresse - wenn auch nur vorübergehend - ändern, ersuchen wir um sofortige Benachrichtigung!







**ERGÄNZENDE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSVERLAUF DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN**

- Wurden auch Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt?  
 ja .....  nein  
Staat(en)
- Wurde die Feststellung ausländischer Versicherungszeiten beantragt bzw. wurden diese bereits festgestellt?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen
- Hatte der/die Verstorbene jemals seinen/ihren ordentlichen Wohnsitz im Ausland, **ohne** dort beschäftigt gewesen zu sein?  
 ja .....  nein  
Staat(en)

Sind Sie damit einverstanden, dass der deutsche Versicherungsverlauf mittels elektronischer Datenübermittlung aus dem Datenbestand der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin abgerufen wird?  ja  nein

- 
- Hat der/die Verstorbene jemals direkt an einen Pensionsversicherungsträger Beiträge entrichtet?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen
  - Wurden für den/die Verstorbene(n) bei einem Pensionsversicherungsträger Beiträge zur Selbstversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes entrichtet?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

---

• Sind Sie an einem (weiteren) **Nachkauf der Schul-, Studien- bzw. Ausbildungszeiten** ab dem 15. Lebensjahr des/der Verstorbenen interessiert?  ja  nein

---

• Hat der/die Verstorbene Kinder in Österreich, der Schweiz oder in einem EU/EWR-Staat erzogen?  ja  nein

**Hinweis bei männlichen Verstorbenen:**

Anspruch auf Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung hat vorrangig die weibliche Versicherte. Hat jedoch der Kindes- oder Adoptivvater das Kind (die Kinder) überwiegend gepflegt und erzogen, beantworten Sie bitte obige Frage.

**! Bitte Fragebogen Kindererziehungszeiten unbedingt ausfüllen !**

---

• Hat die Verstorbene anlässlich einer Eheschließung einen Ausstattungsbeitrag bzw. eine Beitragserstattung erhalten?  
 ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

**6. ANGABEN ZUR WITWE / ZUM WITWER**

- War die Ehe im Zeitpunkt des Todes des/der Versicherten aufrecht?

ja ⇒ Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass meine Ehe mit dem/der Versicherten, im Zeitpunkt des Todes aufrecht war (weder geschieden noch aufgelöst oder für nichtig erklärt wurde), und dass ich mich seit dem Tode des/der Versicherten nicht wiederverehelicht habe.

.....  
Unterschrift der Witwe / des Witwers

nein ⇒ Wann und bei welchem Gericht wurde die Ehe geschieden bzw. für nichtig erklärt?

.....  
Datum

.....  
zuständiges Gericht/Geschäftszahl

- Bestand im Zeitpunkt des Todes Ihres Gatten / Ihrer Gattin auf Grund eines gerichtlichen Urteils oder Vergleiches bzw. einer vor Auflösung der Ehe eingegangenen vertraglichen Vereinbarung ein Unterhaltsanspruch oder wurde Unterhalt geleistet?

nein  ja Seit wann? ..... In welcher mtl. Höhe? EUR .....

- Enthält das Scheidungsurteil einen Ausspruch nach § 61 Abs.3 Ehegesetz  ja  nein

- Haben Sie sich nach der Ehe mit dem/der Verstorbenen neuerlich verhehelicht?  ja  nein

**EINKOMMEN DER WITWE / DES WITWERS**

- Stehen Sie derzeit in Beschäftigung?

ja Name und Anschrift des Dienstgebers:

.....

Höhe des mtl. Bruttoeinkommens: EUR .....

nein

- Sind Sie selbstständig erwerbstätig oder üben Sie eine (mehrere) Funktion(en) in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft aus bzw. sind Sie an einer solchen beteiligt?

(Geben Sie uns Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit auch an, wenn Sie daraus **kein** Einkommen erzielen.)

ja:  in einem Gewerbebetrieb  freiberuflich  
 als geschäftsführender Gesellschafter  Funktion  
 in einem land- (forst)wirtschaftlichen Betrieb  Beteiligung  
 auf Basis eines Werkvertrages  auf sonstige Art

Höhe des durchschnittlichen mtl. Einkommens: EUR .....

Name und Anschrift/Standort des Betriebes: .....

Genaue Bezeichnung Ihrer selbstständigen (freiberuflichen) Erwerbstätigkeit/Funktion:

.....

nein

- Erhalten Sie auf Grund einer politischen Funktion Bezüge nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen?

ja Art der Funktion

Höhe der mtl. Bruttobezüge/Funktionsgebühren: EUR .....

nein

**SONSTIGE BEZÜGE DER WITWE / DES WITWERS**

Beziehen oder beantragten Sie eine der nachstehenden Leistungen?

	nein	ja	auszahlende Stelle, Aktenzeichen
aus der Krankenversicherung (zB Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Arbeitslosenversicherung (zB Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Träger der Sozialhilfe (zB Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem Bundessozialamt (zB Beschädigten(grund)- Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach dem Opferfürsorgegesetz (zB Rente bzw. Hinterbliebenenrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vom Bund, Land oder der Gemeinde Wien (zB Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Ruhebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
von einem früheren Dienstgeber (zB Pension, Zusatzpension, Pensionszulage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bezüge und Vorteile aus inländischen Pensionskassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus dem Ausland (zB Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, bisher nicht angeführte, wiederkehrende Bezüge oder Geldleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WITWE / DEN WITWER**

Fühlen Sie sich derart pflegebedürftig, dass Sie ständig der Betreuung und Hilfe bedürfen?

ja  nein

Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

ja .....

nein

Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen





**BUNDESPFLEGEgeld FÜR DIE WAISE(N)**

- Fühlt sich eine der Waisen derart pflegebedürftig, dass sie ständig der Betreuung und Hilfe bedarf?

ja .....  
Name der Waise Name der Waise Name der Waise

Bezieht oder beantragte diese Waise auf Grund ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Landespflegegeld, Pflege- bzw. Blindenzulage, erhöhte Familienbeihilfe)?

ja .....  nein  
Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen

nein

- Ist/Sind die Waise(n) gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?

ja  nein

**9. HINWEIS ZUR ANTRAGSTELLUNG**

Die nachstehende Erklärung nur unterfertigen, wenn der/die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes **keine Eigenpension** bezogen hat.

Falls die Wartezeit für die Hinterbliebenenpension **nicht** erfüllt ist, ersuche ich den Antrag auf Witwen-/Witwer- und Waisenpension als Antrag auf Zuerkennung einer **Abfindung** zu werten.

Hatten Sie jemals aus einer früheren Ehe einen Anspruch auf Witwen-/Witwerpension?

ja .....  nein  
Versicherungsträger, Aktenzeichen

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**10. ANWEISUNG**

Die Anweisung auf ein Pensionskonto

wird gewünscht für  die Witwe / den Witwer  die Waise(n)

Die Überweisung der Pension auf ein Girokonto ist - auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto - nur über „**Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung**“ bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

wird nicht gewünscht für  die Witwe / den Witwer  die Waise(n)

**Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

**11. MELDEVERPFLICHTUNG**

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die auf die Pensionsleistung Bezug haben, jede Änderung des Wohnsitzes - wenn auch nur vorübergehend (zB Spitalsaufenthalt) - innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens sowie jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens ist binnen **sieben Tagen** (Waisen binnen **zwei Wochen**) zu melden.

**Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
Unterschrift der volljährigen Waise

Folgende Unterlagen werden dem Pensionsantrag angeschlossen:

Bestätigung der aufnehmenden Stelle:

.....  
Ort / Datum

.....  
Siegel und Unterschrift



Abteilung / Versicherungsnummer

Name: .....

**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 des individuellen Prozentsatzes der Witwen-(Witwer-)pension ist unter anderem die Bildung einer Berechnungsgrundlage für den Hinterbliebenen als auch für den Verstorbenen erforderlich. Maßgebend für die Höhe der Berechnungsgrundlage(n) ist das Einkommen des Hinterbliebenen und des verstorbenen Ehepartners in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des Ehepartners.

Um die Höhe der Berechnungsgrundlage(n) feststellen zu können, ersuchen wir Sie, die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, den Fragebogen zu unterfertigen und entsprechende Unterlagen beizulegen. Sollten Sie keine entsprechenden Nachweise besitzen, ersuchen wir, keinesfalls von sich aus bei den jeweiligen Stellen (Dienstgeber, Krankenversicherungsträger, ausländischer Versicherungsträger, etc.) Erhebungen einzuleiten. Diesbezügliche Erhebungen werden von der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt.

Die Fragen betreffen den Zeitraum der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Tod des Ehepartners (zB Tod des Ehepartners am 15.7.2004; daher maßgeblicher Zeitraum 1.1.2002 bis 31.12.2003) und es sind sowohl inländische als auch ausländische Einkünfte mit allen Änderungen anzugeben.

Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Angaben zu Verzögerungen und Rückfragen führen.

Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>
---

ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE	EINKÜNFTE DES/DER VERSTORBENEN
<b>Pensions-/Rentenansprüche</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 ..... mtl. brutto    EUR ..... mtl. netto    EUR .....	Träger/Anstalt ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto    EUR ..... mtl. netto    EUR .....
	<input type="checkbox"/> Ruhe-/Versorgungsgenuss <input type="checkbox"/> aus einem Beamtenverhältnis oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> keine solche Leistung	Träger/Anstalt ..... Aktenzeichen ..... mtl. brutto    EUR ..... mtl. netto    EUR .....

ART DER EINKÜNFTE	EIGENE EINKÜNFTE		EINKÜNFTE DES/DER VERSTORBENEN	
<b>Sonstige Leistungen wie:</b> <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Tag- oder Familiengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Notstandshilfe <input type="checkbox"/> Weiterbildungsgeld <input type="checkbox"/> Karenzurlaubsgeld <input type="checkbox"/> Sonderunterstützung <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss <input type="checkbox"/> keine solche Leistungen	Auszahlende Stelle ..... ..... von / bis: ..... ..... tgl. EUR ..... mtl. EUR .....		Auszahlende Stelle ..... ..... von / bis: ..... ..... tgl. EUR ..... mtl. EUR .....	
<i>Bitte Nachweise über Einkünfte beilegen.</i>				
<b>Unselbstständige Erwerbstätigkeit:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dienstgeber Lohn/Gehalt Wurde eine <b>Altersteilzeitvereinbarung</b> abgeschlossen? Sachbezüge anstelle des Lohnes bzw. zusätzlich zum Lohn/Gehalt Art und Ausmaß	Zeitraum der Erwerbstätigkeit von / bis: ..... ..... <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Brutto EUR ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich		Zeitraum der Erwerbstätigkeit von / bis: ..... ..... <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Brutto EUR ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	
<i>Bitte Einkommensnachweis beilegen.</i>				
<b>Selbstständige Erwerbstätigkeit:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Geschätzte) Einkünfte im Kalenderjahr	Art/Funktion ..... Standort ..... ..... EUR .....		Art/Funktion ..... Standort ..... ..... EUR .....	
<i>Bitte den Einkommensteuerbescheid bzw. die letzte Einkommensteuererklärung beilegen.</i>				
<b>Land-(forst)wirtschaftliche Eigentums- und Besitzverhältnisse</b>				
<b>Eigengrund:</b> selbst bewirtschaftet (gepachtet) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktenzeichen		Aktenzeichen	
	Einheitswert		Einheitswert	
	Anteil		Anteil	
<i>Bitte Einheitswertbescheid(e) und Verträge beilegen.</i>				
<b>Sonstige Einkünfte:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bezüge auf Grund einer politischen Funktion nach bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen	auszahlende Stelle	mtl. EUR	auszahlende Stelle	mtl. EUR
<i>Bitte Verträge bzw. Bestätigungen beilegen.</i>				

Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die auf Grund meiner Angaben zu Unrecht ausgezahlten Leistungen zurückgefordert werden.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift



Versicherungsnummer

## FRAGEBOGEN KINDERERZIEHUNGSZEITEN

Sehr geehrte Frau!  
Sehr geehrter Herr!

Zur Feststellung, ob Zeiten der Kindererziehung in Ihrem Versicherungsverlauf zu berücksichtigen sind, ersuchen wir Sie, die umseitige Erklärung ausgefüllt an uns zu retournieren. Die angeführten Fragen beziehen sich auf die **ersten vier Lebensjahre** des Kindes (der Kinder) bzw. bei **Mehrlingsgeburten** auf die **ersten fünf Lebensjahre** der Kinder.

Zeiten der Kindererziehung gebühren dem Elternteil, der das Kind (die Kinder) **tatsächlich und überwiegend** erzo-gen hat.

Eine von Ihnen innerhalb der ersten vier Lebensjahre des Kindes bzw. der ersten fünf Lebensjahre der Kinder aus-geübte versicherungspflichtige Tätigkeit hindert nicht die (zusätzliche) Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung, wenn die Erziehung dadurch nicht unterbrochen wurde.

**Als Kinder gelten:**

**Erforderliche Dokumente:**

**eheliche** Kinder

➤ Geburtsurkunde

**Zusätzlich zur Geburtsurkunde für:**

**uneheliche** Kinder

➤ nur von männlichen Versicherten: Vaterschaftsnachweis (Anerkenntnis/Urteil)

**legitimierte** Kinder

➤ Legitimationsurkunde

**Wahl-(Adoptiv)kinder**

➤ Adoptionsurkunde bzw. Adoptionsvertrag

**Stiefkinder**

➤ Nachweis über die Eheschließung mit dem leiblichen Elternteil Ihres Stiefkindes

**Pflegekinder**

➤ nur wenn die Übernahme in unentgeltliche Pflege nach dem 31.12.1987 erfolgte:  
Gerichtsbeschluss bzw. Ermächtigung des (der) Erziehungsberechtigten

# ERKLÄRUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich ....., geb.: ..... erkläre wahrheitsgemäß, dass ich nachstehend angeführte(s) Kind(er) tatsächlich und überwiegend erzogen habe.

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Zuname				
Vorname				
Geburtsdatum / Ort der Geburt				
ehelich, legitimiert, unehelich, Stiefkind				
adoptiert?	<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
zur Adoption freigegeben?	<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
	seit .....	seit .....	seit .....	seit .....
Erziehung in Österreich:	<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
○ in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
○ nur in der Zeit				
Erziehung im Ausland:	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Staat	.....	.....	.....	.....
Bezogen Sie Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Sondernotstandshilfe oder eine Leistung nach dem Betriebshilfegesetz?	<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
Wenn nein, welche Person bezog allenfalls eine dieser Leistungen?	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
Wurden Kindererziehungszeiten im Versicherungsverlauf einer anderen Person bereits beantragt bzw. berücksichtigt?	<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
Befand sich Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder in Österreich?	<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
Hat der andere Elternteil in den ersten vier bzw. fünf Lebensjahren des Kindes eine Erwerbstätigkeit 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

Bei unwahren Angaben sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift