



**Postanschrift: Postfach 81 08 72, 81901 München**

Hausanschrift: Arabellastraße 31, 81925 München  
Telefon: (089) 9235-6  
Telefax: (089) 9235-8979

E-Mail: [vdbs@versorgungskammer.de](mailto:vdbs@versorgungskammer.de)  
Internet: [www.schornsteinfegerkasse.de](http://www.schornsteinfegerkasse.de)

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über Ihren Antrag entschieden werden kann. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus § 31 des Schornsteinfeger-Handwerksgesetzes (SchfHwG).

Mitgliedsnummer: **J/S** – .....

## Antrag auf Ruhegeld

### Ich beantrage

- Ruhegeld wegen Erreichens der Regelaltersgrenze** in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SchfHwG
- vorzeitiges Ruhegeld mit Abschlag** aus der Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SchfHwG
- Der vorzeitige Bezug ist ab Vollendung des 62. Lebensjahres mit einem Abschlag von 0,3 % für jeden Monat der Inanspruchnahme vor Erreichen der Regelaltersgrenze möglich.
- vorzeitiges Ruhegeld ohne Abschlag** aus der Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SchfHwG
- Der vorzeitige Bezug ist ohne Abschlag möglich, wenn **zeitgleich Altersrente für besonders langjährig Versicherte** aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird.
- Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit** gemäß § 38 SchfHwG

**ab dem:** .....  
(Datum)

Vor- und Zuname .....

geboren am ..... in .....

ggf. Geburtsname ..... Familienstand .....

Anschrift .....

..... Telefon ..... Telefax .....

Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet: .....

Bei welcher Krankenkasse sind Sie krankenversichert?

.....  
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Nur, wenn Sie **vorzeitiges Ruhegeld** gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SchfHwG beantragen:

Beziehen Sie Altersrente für besonders langjährige Versicherte aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja  Nein

Wenn ja, senden Sie bitte eine Kopie der ersten beiden Seiten des Rentenbescheids über Altersrente für besonders langjährige Versicherte unmittelbar nach Erhalt an die Versorgungsanstalt.

---

Nur, wenn Sie **Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit** gemäß § 38 SchfHwG beantragen:

A. Haben Sie von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, sich von der gesetzlichen Rentenversicherung befreien zu lassen?

Ja  Nein  
(wenn „Nein“, bitte aktuelle Beitragsbescheinigung beifügen)

B. Haben Sie einen Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt?

Ja  Nein  
Wenn nein, warum nicht? .....

Wenn ja, senden Sie bitte eine Kopie des **vollständigen** (samt Anlagen) Rentenbescheids unmittelbar nach Erhalt an die Versorgungsanstalt.

C. Führte ein Unfall zum Versorgungsfall?

Ja  Nein

Wenn ja, senden Sie bitte eine Unfallschilderung ein und geben Sie dabei insbesondere an, welche Personen beteiligt waren.

Sind Sie in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert?

Ja  Nein

---

D. Haben Sie Ihr Gewerbe abgemeldet?

Ja, zum .....  
(Datum)  Nein (voraussichtliche  
Abmeldung zum .....

**(Wir benötigen diese Angabe zur Feststellung Ihres Versicherungsstatus in der Kranken- und Pflegeversicherung)**

---

Alle vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Ich werde jede Änderung meiner Anschrift oder meines Kontos unverzüglich mitteilen.

....., den .....  
(Ort) (Datum)

.....  
**(Unterschrift des Anspruchsberechtigten/  
Bevollmächtigten)**

Ich bitte die Versorgungsbezüge auf das Konto\*) bei der .....

in ..... BIC: .....

IBAN: .....zu überweisen.

Ich ermächtige die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger, Versorgungsbezüge, die für Zeiträume nach meinem Tod ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, vom jeweils kontoführenden Geldinstitut zurückzurufen.

....., den .....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Anspruchsberechtigten/  
Bevollmächtigten)

**\*)Überweisungen auf Konten Dritter sind nur möglich, wenn der Dritte die Anstalt ermächtigt, nach dem Tod überzahlte Versorgungsbezüge vom Geldinstitut zurückzurufen.**

**Ich verpflichte mich, Versorgungsbezüge, die für einen Zeitraum nach dem Tod des Versorgungsempfängers ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, unverzüglich an die Bayerische Versorgungskammer, Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger, zurück zu zahlen.**

.....  
(Name, Vorname des Kontoinhabers)

.....  
(Str. PLZ, Wohnort)

.....  
(Ort und Datum) (Unterschrift des Kontoinhabers)

Mit folgenden Anlagen (bitte ankreuzen) zurücksenden

- Bescheid der gesetzlichen Rentenversicherung über Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI bzw. über Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung
- Erklärung zur Krankenversicherung der Rentner und Pflegeversicherung (ggf. mit Nachweis über die Elterneigenschaft)
- .....  
(sonstiges)
- .....  
(sonstiges)

an die

Bayerische Versorgungskammer  
Versorgungsanstalt der bevollmächtigten  
Bezirksschornsteinfeger  
Postfach 81 08 72  
81901 München