



Postanschrift: Vddb, Postfach 81 08 51, 81901 München

Die Daten werden auf Grund von § 37 und § 46 der Satzung erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO verarbeitet.

Antrag auf Ruhegeld

- wegen Erreichens der Regelaltersgrenze (§ 29 Abs. 1 der Satzung) flexibles Altersruhegeld ab _____ (§ 29 Abs. 2 der Satzung)
- wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (§ 28 Abs. 1 bis 4 der Satzung) Versicherungsnummer: J/B _____

1. Allgemeine Angaben

1.1 Pflichtangaben

Vor- und Zuname: _____

Geburts-/Künstlername: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand:

ledig

verheiratet/eingetragene
Lebenspartnerschaft seit _____

geschieden seit _____ verwitwet seit _____

Beruf: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Land: _____

1.2 Freiwillige Angaben

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

1.3 Angaben zur letzten Bühnentätigkeit (auch als Aushilfe):

An welcher Bühne sind
oder waren Sie zuletzt tätig? _____

Wann endet oder endete Ihr Anstellungsvertrag an der Bühne? am _____

Wann endet oder endete die Gagenzahlung
(einschl. Urlaubsvergütung und Krankenbezüge)? am _____

2. Angaben bei einem Antrag auf Ruhegeld wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Bei einem Antrag auf Ruhegeld wegen Alters fahren Sie bitte unter Nr. 3 fort.

2.1 Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

Bei welchem Arbeitgeber?

In welchem Umfang sind oder waren Sie zuletzt tätig (wie viele Tage im Monat oder wie viele Stunden durchschnittlich täglich)?

Wurde oder wird das letzte Beschäftigungsverhältnis aufgelöst?

Ja

Nein

Falls ja, zu welchem Zeitpunkt?

Wird die Tätigkeit derzeit noch ausgeübt?

Ja

Nein

Falls nein, wann endete die Tätigkeit?

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig krank (geschrieben)?

Ja

Nein

Falls ja, seit wann?

2.2 Haben Sie im Krankheitsfall Anspruch auf Leistungen (Entgeltfortzahlung oder Zuschuss zum Krankengeld) von Ihrem Arbeitgeber?

Ja

Nein

Wird oder wurde eine Entgeltfortzahlung von Ihrem Arbeitgeber bereits geleistet?

Ja

Nein

Falls ja, ab wann?

Der Anspruch endete oder endet (voraussichtlich) am

Wird oder wurde ein Zuschuss zum Krankengeld von Ihrem Arbeitgeber geleistet?

Ja

Nein

Falls ja, ab wann?

Der Anspruch endete oder endet (voraussichtlich) am

Besteht im Anschluss an die Entgeltzahlung oder die Entgeltfortzahlung durch Ihren Arbeitgeber ein Anspruch auf Krankengeld aus einer gesetzlichen oder Krankentagegeld aus einer privaten Krankenversicherung?

Ja

Nein

Falls ja, von welcher gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung?

Wird Krankengeld oder ein Krankentagegeld bereits an Sie gezahlt?

Ja

Nein

Falls ja, seit wann?

Der Anspruch endet (voraussichtlich) am

2.3 Welche Leiden schränken Ihre Arbeitsfähigkeit ein?

Seit wann?

2.4 Beziehen Sie Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer vergleichbaren Einrichtung?
(Wenn ja: bitte Rentenbescheid beilegen)

Ja, seit _____ Nein

Nein, aber ich habe am _____ einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung gestellt.

2.5 Beziehen Sie Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI (für Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind) aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer vergleichbaren Einrichtung?
(Wenn ja: bitte Rentenbescheid beilegen)

Ja, seit _____ Nein

Nein, aber ich habe am _____ einen Antrag auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gestellt.

2.6 Sind Sie anerkannter Schwerbehinderter?

Ja

Nein

2.7 Sind oder waren Sie auch bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert?

Ja

Nein

Falls ja, bei welcher?

Beziehen Sie von dort eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit?

Ja, seit _____ Nein

Nein, aber ich habe am _____ einen Antrag gestellt.

2.8. Steht der Antrag im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch andere Personen verursacht oder mitverursacht worden ist (z. B. durch Verkehrsunfall, Wegeunfall, tätlichen Angriff, Unfall mit Tieren, ärztliche Behandlungsfehler)?

Ja

Nein

Falls die Anstaltsverwaltung nicht anhand bereits vorliegender Unterlagen (z.B. Bescheid über die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung) Ihre Minderung der Arbeitsfähigkeit feststellen kann, ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Bitte erklären Sie hierfür durch Unterzeichnen der nachfolgenden Erklärung Ihr Einverständnis. Die Kosten für diese Untersuchung trägt die Anstalt. Der beauftragte Arzt oder Amtsarzt wird Ihnen nach der Untersuchung eine Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und die Einwilligung in die Verwertung der Untersuchungsergebnisse zur Entscheidung über den Ruhegeldantrag zur Unterschrift vorlegen.

Ohne Ihre Mitwirkung kann über Ihren Ruhegeldantrag nicht positiv entschieden werden.

Ich bin bereit, mich - soweit notwendig - zur Feststellung meines Gesundheitszustandes von einem von der Anstalt beauftragten Arzt oder Amtsarzt bei einem staatlichen oder städtischen Gesundheitsamt untersuchen und, falls dies erforderlich sein sollte, in einem Krankenhaus beobachten zu lassen.

_____, den _____, (Ort) _____, (Datum) _____ (Unterschrift Antragsteller/-in)

3. Erklärung zur Riesterförderung (soweit beansprucht, bitte ankreuzen):

- Mir ist bekannt, dass für Kalenderjahre nach Eintritt des Ruhegeldbezuges die Voraussetzungen für die Riesterförderung entfallen. Ich widerrufe daher die Einwilligung zur elektronischen Beitragsübermittlung bzw. den von mir gestellten Dauerzulagenantrag.

4. Bankverbindung (bitte vollständig angeben):

IBAN	_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____
BIC	_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____
Geldinstitut und Ort	_____												
<input type="checkbox"/> Antragsteller/in ist Kontoinhaber	<input type="checkbox"/> anderer Kontoinhaber:	_____											

5. Erklärungen

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

Mir ist bekannt, dass Ruhegelder, deren Monatsbetrag bei Eintritt des Versorgungsfalles 1 % der Bezugsgröße (West) in der gesetzlichen Sozialversicherung (§ 18 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) unterschreiten), mit einem Kapitalbetrag abgefunden werden. Die einmalige Abfindungszahlung berechnet sich nach dem geschäftsplanmäßigen Deckungskapital im Zeitpunkt der Entstehung des Leistungsanspruchs (§ 38a der Satzung).

Ich beauftrage das jeweils kontoführende Geldinstitut unwiderruflich, auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber, die mir infolge meines Todes nicht mehr zustehenden Versorgungsleistungen an die Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen zurückzuzahlen. Für diesen Fall entbinde ich mein kontoführendes Geldinstitut, auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber, vom Bankgeheimnis, soweit dies für die Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO willige ich ein.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Antragsteller/-in)

Mit _____ Anlagen (**Geburtsurkunde, Erklärung zur Krankenversicherung der Rentner** und Angaben zur **Steueridentifikationsnummer** sowie ggf. den **Antrag auf Anerkennung von Mutterschutzzeiten** nicht vergessen!)

an die

Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen
BAYERISCHE VERSORGUNGSKAMMER
Postfach 81 08 51
81901 München