



## Antrag

### auf Gewährung eines freiwilligen Zuschusses zu den Kosten eines Heilverfahrens

#### Hinweis

Bei einer ambulanten Heilbehandlung oder Kur ist **vor Antritt** die berufliche Notwendigkeit durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen und ein Kostenvoranschlag einzureichen. Die Anstalt kann auf ihre Kosten eine zusätzliche Begutachtung veranlassen. Bei Zahnersatz ist die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) **aufgegliederte Abschlussrechnung** vorzulegen, wobei die **Material- und Laborkosten** gesondert ausgewiesen sein müssen.

Die Daten werden auf Grund von § 40 und § 46 der Satzung erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und e DSGVO verarbeitet.

Versicherungsnummer: J/B - B \_\_\_\_\_

#### 1. Pflichtangaben:

Vor- und Zuname (auch Geburtsname): \_\_\_\_\_

Künstlername: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

#### Freiwillige Angaben:

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Welche Tätigkeit üben Sie aus? \_\_\_\_\_

3. Sind Sie bei einer Bühne tätig?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher? \_\_\_\_\_

Dauer des Beschäftigungsverhältnisses

Jahresvertrag  Stückvertrag  Gastvertrag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

4. Wer ist Arbeitgeber, falls Sie nicht bei einer Bühne tätig sind? \_\_\_\_\_

5. Sind Sie auftretender Bühnenkünstler?  Ja (welche Tätigkeit) \_\_\_\_\_

Nein

6. Welche Maßnahme soll bezuschusst werden? \_\_\_\_\_

7. Wann wird oder wurde das Heilverfahren durchgeführt? \_\_\_\_\_

8. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

Haben Sie dort eine Leistung beantragt?  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie Antrag auf Zuschuss gestellt:

a) Bei Ihrem **Arbeitgeber**?  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

b) Bei der **Deutschen Rentenversicherung** (bei Zahnersatz nur für Schauspieler, Sänger, Musical-Darsteller und Souffleure, bei anderen Maßnahmen für alle Antragsteller erforderlich)?  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

c) Bei welchen **anderen Stellen**? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Welche Leistungen gewähren:

(Bitte Belege beilegen oder nachreichen)

a) Die Krankenkasse (auch private Zusatzversicherungen)? \_\_\_\_\_ €

b) Der Arbeitgeber? \_\_\_\_\_ €

c) Die Deutsche Rentenversicherung? \_\_\_\_\_ €

d) Andere Stellen? \_\_\_\_\_ €

11. **Bankverbindung** (bitte vollständig angeben):

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

12. **Erklärungen**

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass ein Zuschuss der Anstalt zurückgefordert werden kann, wenn ich anderweitige Zuschüsse nicht angegeben habe oder das Versicherungsverhältnis innerhalb von sechs Monaten nach der Gewährung eines Zuschusses von der Anstalt endet.

Ich bin bereit, mich einer zusätzlichen ärztlichen Untersuchung auf Kosten der Anstalt zu unterziehen, wenn die Anstalt dies für notwendig erachtet. Ich werde in diesem Fall den untersuchenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden und in die Verwertung der Untersuchungsergebnisse durch die Anstalt zur Entscheidung über meinen Zuschussantrag einwilligen.

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

13. **Datum und Unterschrift**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit \_\_\_\_\_ Anlagen an die:

**Bayerische Versorgungskammer**  
**Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen**  
**Postfach 81 08 51**  
**81901 München**