



Die Daten werden aufgrund von § 46 der Satzung erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und e DSGVO verarbeitet. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Antrag

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> auf anteilige Beitragserstattung/Abfindung
(§ 38 Abs. 1 Buchstabe a bis d der Satzung bei Berufsaufgabe o.a.) | <input type="checkbox"/> auf Rückgewähr nach § 38 Abs. 1 der bis 31. Dezember 1997 geltenden Satzung |
| <input type="checkbox"/> auf volle Beitragserstattung/Abfindung
(§ 38 Abs. 1 Buchstabe e der Satzung bei dauernder Berufsunfähigkeit) | <input type="checkbox"/> auf sofortige Rückgewähr i.H. v. 25 % der eingezahlten Beiträge nach § 38 Abs. 4 der bis 31. Dezember 1997 geltenden Satzung |

Versicherungsnummer: J/B - B _____

1. Pflichtangaben:

Vor- und Zuname: _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

2. Freiwillige Angaben:

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

3. Bei welcher Bühne waren Sie zuletzt tätig? _____

Welche Tätigkeit haben Sie dort ausgeübt? _____

Wann hat diese Tätigkeit geendet? _____

4. Geben Sie jede Form einer Bühnentätigkeit im Anstaltsbereich endgültig auf oder haben Sie diese bereits endgültig aufgegeben?

Ja zu welchem Zeitpunkt: _____ Nein

Wenn ja, aus welchen Gründen?

5. Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

6. Sind Sie berufs- oder erwerbsunfähig? Ja Nein

7. Üben Sie eine Tätigkeit aus oder werden Sie eine Tätigkeit aufnehmen, für die Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung der Pflichtversicherung unterliegen?

Ja Nein

Falls ja, seit / ab wann: _____

bei welcher Einrichtung:

Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL -

folgende Kommunale oder Kirchliche Zusatzversorgungseinrichtung: _____

Versorgungsanstalt der deutschen Kulturochester - VddKO - (Versicherungsnummer: J/O - B _____)

8. Bankverbindung (bitte vollständig angeben):

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

9. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

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

10. Datum und Unterschrift

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Bitte zurück an die

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