

**Musiker - B 5**

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Sind Sie

Freiberuflich tätig

Festangestellt seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Auf Zeit/Probe angestellt von - bis: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Arbeitgeber (Name/Anschrift) \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihren Engagements der vergangenen 24 Monate  
(Ort, Dauer, Veranstalter):

2. Welche musikalische Ausbildung haben Sie absolviert?

keine Ausbildung

Privatunterricht

Studium

Institution, Ort: \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung von - bis: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Kein Abschluss

Abschluss:

Künstlerische Reifeprüfung

Konzertexamen

Musiklehrerprüfung

Andere Abschlussprüfung/Zusatzprüfung - Welche?

3. Bitte machen Sie genaue Angaben zu Ihrem bisherigen beruflichen Werdegang:

4. Welche(s) Instrument(e) spielen Sie?

Instrument(e): \_\_\_\_\_

%-Anteil bei mehreren: \_\_\_\_\_

5. Welcher Musikrichtung gehören Sie an:

E-Musik

U-Musik

Rock-, Popmusik

Andere, Welche? \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl Ihrer Auftritte pro Jahr: \_\_\_\_\_

6. Sind Sie

- Mitglied eines Chors, Ensembles, Orchesters, einer Band usw.  
Bitte genaue Angaben (Name, Ort, Anzahl der Mitglieder, Leiter):

---



---

In welcher Funktion?

- Solist
- Sonstiges - Bitte genaue Angaben: \_\_\_\_\_

7. Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit:

---



---

Wie hoch würden Sie den künstlerischen Anteil Ihrer Tätigkeit ansetzen? \_\_\_\_\_ %

Üben Sie Nebentätigkeiten aus? Ggf. welche und wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

---

8. Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der vergangenen 3 Jahre an:

Jahr \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_

9. Haben Sie derzeit Anspruch auf andere Versicherungsleistungen für den Fall der Invalidität/ Berufsunfähigkeit (ohne die jetzt beantragte BU)?

- nein
- ja
 

<input type="checkbox"/> Sozialversicherung	_____	EUR/Jahr
<input type="checkbox"/> Versorgungsanstalt der dt. Kulturorchester	_____	EUR/Jahr
<input type="checkbox"/> Betriebliche Versorgungseinrichtungen o.Ä.	_____	EUR/Jahr
<input type="checkbox"/> Künstlersozialkasse	_____	EUR/Jahr
<input type="checkbox"/> Private Versicherungsverträge	_____	EUR/Jahr
<input type="checkbox"/> Sonstige Quellen - Welche?	_____	EUR/Jahr

---

10. Leiden oder litten Sie jemals an Gesundheitsstörungen, die Sie bei der Ausübung Ihres Berufes beeinträchtigt(en) (auch kurzzeitig)?

- nein
- ja - bitte nähere Angaben (Art, Ausmaß, Dauer, Zeitpunkt der Gesundheitsstörungen, Art der Behandlung, Folgen, Behandler):

---

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers