

Orchestermusiker - B 6

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Sind Sie

Festangestellt seit: _____ (Monat/Jahr)

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

Arbeitsgeber (Name/Anschrift) _____

2. Welcher Musikrichtung gehören Sie an:

E-Musik U-Musik Andere, Welche? _____

Welche(s) Instrument spielen Sie? _____

Anteil in % bei mehreren: _____

3. Sind Sie als Solist tätig?

nein

ja, zu wie viel % Ihrer Tätigkeit? _____ %

4. Üben Sie eine Nebentätigkeit aus?

nein

ja, Welche und wie viel Stunden / Woche? _____

5. 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?

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

Jahr _____ EUR _____

Jahr _____ EUR _____

Jahr _____ EUR _____

7. 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 |
-

8. 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

B 6