

# Tanzlehrer - B 12



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. In welcher Fachrichtung sind Sie tätig?

- Gesellschaftstanz     Bühnentanz     Sonstige - Welche? \_\_\_\_\_

2. Sind Sie

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

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

Arbeitsgeber (Name/Anschrift) \_\_\_\_\_

- Selbstständig                      seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

- Inhaber einer Tanz-/Ballettschule? seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

3. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

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

Abschluss: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu Ihrer Tätigkeit:

- Tanzlehrer/Fachrichtung Gesellschaftstanz:

- Tanzlehrer/Tanzschullehrer für Anfänger/Fortgeschrittene \_\_\_\_\_ %  
 Tanzsporttrainer/Tanzsportlehrer für Turnier - und Formationstänzer \_\_\_\_\_ %  
 Trainer für Tanzsport-Professionals \_\_\_\_\_ %  
 Fachlehrer für z.B. Step, Jazz-Dance, Rock`n Roll \_\_\_\_\_ %  
 Tanztherapeut im Reha-Bereich \_\_\_\_\_ %  
 Tanzen als Turniertanz-Professionals \_\_\_\_\_ %

- Tanzlehrer/Fachrichtung Bühnentanz:

- Aus- und Weiterbildung von Bühnentänzern \_\_\_\_\_ %  
 Laientanz- / Gymnastikkurse für Erwachsene \_\_\_\_\_ %

- Kaufmännische und verwaltende Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %

- Sonstige Tätigkeit - Bitte genaue Angaben: \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie an öffentlichen Veranstaltungen (z.B. Vorführungen, Turnieren, Auftritten) teil?

Bitte Angaben zu Art der Veranstaltung, Häufigkeit, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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 12