

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Genaue Berufsbezeichnung: _____

2. Beruflicher Status:

- Freiberuflich Seit: _____ Anzahl Vollzeitmitarbeiter: _____
- Befristet angestellt Seit: _____ Firma: _____
- Festangestellt Seit: _____ Firma: _____

3. Ausbildung:

- Studium/Hochschulstudium/FH Fachschule, Akademie
- Volontariat Sonstige - Welche? _____

4. Tätigkeitsbereiche:

- EB - Kameramann Bildreporter/Videojournalist
- Filmkameramann Studiokameramann
- Steadycam - Operator Trickkameramann
- Director of Photography Regiekamera
- Kameraassistent Operator/Schwenker
- Sonstige - Welche? _____

5. Drehorte:

- Deutschland Europa
- Außerhalb Europas - bitte genaue Angaben: _____

Gefahrerhebliche Situationen/Besonderheiten:

- Katastrophengebiete Unruhe-, Krisen-, Kriegsgebiete
- Tierfilm Unterwasseraufnahmen
- Luftaufnahmen Sonstige - Welche? _____

6. Wurden Sie in der Ausübung Ihres Berufes jemals verletzt?

- nein
- ja - Art der Verletzung, Zeitpunkt, Folgen: _____

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 3