

Künstler - B 4

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. In welchem Bereich sind Sie überwiegend tätig? (Bitte genaue Berufsbezeichnung)

- Darstellende Kunst als: _____
- Bildende Kunst als: _____
- Wort als: _____
- Sonstiger - Welcher? als: _____

2. Sind Sie

- Freiberuflich tätig
- Festangestellt seit: _____ (Monat/Jahr)
- Auf Zeit / Probe angestellt von - bis: _____ (Monat/Jahr)

Arbeitsgeber (Name / Anschrift) _____

Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihren Engagements der letzten 36 Monate:

Tätig als: _____

Bei: _____

von - bis: _____ (Monat/Jahr)

3. Welche künstlerische Ausbildung haben Sie absolviert?

- keine Ausbildung
- Hochschulstudium
- Privatunterricht
- Fachschulausbildung
- Volontariat / Assistentenzeit
- Sonstige - Welche? _____
- Kein Abschluss
- Ausbildungsabschluss als: _____

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

5. Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit:

Wie hoch würden Sie den künstlerischen Anteil Ihrer Tätigkeit ansetzen? _____ (%)

6. Üben Sie Nebentätigkeiten aus?

- nein
 ja - Welche? seit: _____ (Stunden/Woche) _____

7. Finden im Rahmen Ihrer künstlerischen Tätigkeit Auslandsreisen/-aufenthalte statt oder sind Sie für die nächsten 36 Monate vorgesehen?

- nein
 ja - Wohin? _____

(Jeweilige) Dauer: _____

Wie häufig/Jahr? _____

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"/> Betriebliche Altersversorgung | EUR/Jahr _____ |
| <input type="checkbox"/> Versorgungseinrichtung | 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

B 4