

## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG

### Medien

(z.B. Reporter, Journalist, Moderator, Sprecher, Kameramann, Fotograf)

Zu versichernde Person

Geburtsdatum

Beruf

Antrag Nr.

**Wir bitten um detaillierte Angaben!**  
**Bei Fragen mit vorgegedruckten Antworten bitte Zutreffendes ankreuzen.**

**1. Sind Sie freiberuflich tätig?**

ja  nein

**Wenn nein, wo sind Sie angestellt?**

(Bitte Name und Anschrift des Arbeitgebers angeben.)

**Seit wann sind Sie angestellt? (Monat/Jahr)**

(Bei befristetem Arbeitsverhältnis von wann bis wann?)

**2. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?**

(Bitte machen Sie genaue Angaben zur Art der Ausbildung, Institution, Ort, Dauer und Abschluß)

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

**4. Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit.**

**Üben Sie Nebentätigkeiten aus?**

Wenn ja, welche?

ja  nein

**5. Haben Sie sich auf einen bestimmten Bereich spezialisiert?**

Wenn ja, auf welchen?

ja  nein

<p><b>6. Wo liegen überwiegend Ihre Einsatzorte?</b> (Bitte machen Sie genaue Angaben zu Ländern, Orten, Dauer und Häufigkeit)</p>								
<p><b>7. Sind Sie während Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</span> (z.B. Unterwasser-, Tier-, Luftaufnahmen, Expeditionen, Einsatz in Krisen-, Kriegs- und Katastrophengebieten) Wenn ja, welchen?</p>								
<p><b>8. Bestehen oder bestanden Krankheiten, Beschwerden oder Störungen, die Sie bei der Ausübung Ihres Berufes beeinträchtigt(en) (auch kurzfristig)?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</span> Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben zu Art, Ausmaß, Dauer, Häufigkeit, Zeitpunkt, Art der Behandlung und bestehenden Folgen.</p>								
<p><b>9. Wie hoch war Ihr Jahresbruttoeinkommen in den vergangenen 3 Jahren?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 30%;">Jahr</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Euro	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jahr	Euro							
_____	_____							
_____	_____							
_____	_____							
<p><b>10. Bestehen im Falle der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität Rentenansprüche aus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sozialversicherung?</li> <li><input type="radio"/> Künstlersozialkasse?</li> <li><input type="radio"/> betrieblichen Versorgungseinrichtungen?</li> <li><input type="radio"/> privaten Versicherungsverträgen?</li> <li><input type="radio"/> anderen Quellen? (bitte genaue Angaben)</li> </ul> <p><b>Wenn ja, wie hoch ist der Anspruch jährlich?</b></p>								

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.**

---

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person