

## Zusätzliche Erklärung Musiker/Musiklehrer

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
Beruf	
Antrag Nr.	

**Wir bitten um detaillierte Angaben!  
Bei Fragen mit vordruckten 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 musikalische Ausbildung haben Sie absolviert?**

Studium

**An welcher Institution und an welchem Ort haben Sie studiert?**

**Von wann bis wann dauerte die Ausbildung?** (Monat/Jahr)

**Welchen Abschluß haben Sie?**

- künstlerische Reifeprüfung
- Konzertexamen
- Musikschullehrerprüfung
- andere Abschlußprüfungen, welche

Zusatzprüfungen, welche

Privatunterricht

keine Ausbildung

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

**4. Welche(s) Instrument(e) spielen Sie?**

Instrument	% - Anteil
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**5. In welcher Funktion sind Sie tätig?**

- Mitglied eines Chors
- Mitglied eines Ensembles
- Mitglied eines Orchesters
- Mitglied einer Band
- Solist
- Sonstiges, was?

Bitte machen Sie ausführliche Angaben  
(z.B. Name des Orchesters, Ort, Anzahl der Mitglieder, Leiter)

**6. Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit**

**Üben Sie Nebentätigkeiten aus?**

ja  nein

Wenn ja, welche?  
(Bitte Anzahl der Stunden pro Woche angeben)

**7. Welcher Musikrichtung gehören Sie an?**

- Klassische Musik
- Unterhaltungsmusik
- Rock-, Pop-Musik
- Sonstiges, was?

**8. Wie hoch war Ihr Jahresbruttoeinkommen in den vergangenen 3 Jahren?**

Jahr	Euro
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**9. Bestehen im Falle der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität Rentenansprüche aus**

- Sozialversicherung?
- Künstlersozialkasse?
- betrieblichen Versorgungseinrichtungen?
- privaten Versicherungsverträgen?
- anderen Quellen? (bitte genaue Angaben)

**Wenn ja, wie hoch ist der Anspruch jährlich?**

**10. Bestehen oder bestanden Krankheiten, Beschwerden oder Störungen, die Sie bei der Ausübung Ihres Berufes beeinträchtigt(en) (auch kurzfristig)?**  ja  nein

Wenn ja, bitte machen Sie nähere Angaben zu Art, Ausmaß, Dauer, Häufigkeit, Zeitpunkt, Art der Behandlung und bestehenden Folgen.

**11. Fanden Reisen in das außereuropäische Ausland statt oder sind für die Zukunft Reisen geplant?**  ja  nein

Wenn ja, bitte machen Sie Angaben zu Ländern, Orten, Dauer und Häufigkeit.

**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

\_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters