

# Fragebogen MUSIKER

## Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

### Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

### Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

#### Angaben zum Beruf

1. Genaue Berufsbezeichnung:

\_\_\_\_\_

2. Sind Sie:

festangestellt

seit:    
Monat Jahr

auf Zeit/Probe angestellt

von   bis    
Monat Jahr Monat Jahr

Arbeitgeber (Name/Anschrift):

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

freiberuflich tätig

Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihren Engagements der letzten 24 Monate:

Ort:

Dauer:

Veranstalter:

Ort:	Dauer:	Veranstalter:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Welche musikalische Ausbildung haben Sie absolviert:

keine Ausbildung

Privatunterricht

Studium

Institut, Ort: \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung (Zeitraum): \_\_\_\_\_

kein Abschluss

Abschluss

Künstlerische Reifeprüfung

Konzertexamen

Musikschullehrerprüfung

Andere Abschlussprüfung, Zusatzprüfung zum/zur \_\_\_\_\_

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

---

---

5. Welche(s) Instrument(e) spielen Sie?

Instrument:	%-Anteil bei mehreren:
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %

6. Sind Sie:

Mitglied eines Chors, Ensembles, Orchesters, einer Band usw.? Bitte genaue Angaben (Name, Ort, Anzahl der Mitglieder, Leiter):

---

In welcher Funktion?

Solist

Sonstiges - Bitte genaue Angaben: \_\_\_\_\_

7. Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit:

---

Wie hoch würden Sie den künstlerischen Anteil Ihrer Tätigkeit ansetzen? \_\_\_\_\_ %

8. Üben Sie Nebentätigkeiten aus?

Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

Stunden/Woche: \_\_\_\_\_  
Stunden

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

Bisher  Ohne Auslandsaufenthalt  Mit Auslandsaufenthalt

Falls mit Auslandsaufenthalt:

In welchem Land und in welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_

Wie häufig/Jahr? \_\_\_\_\_  
Anzahl

10. Welcher Musikrichtung gehören Sie an:

E-Musik

U-Musik

Rock-, Popmusik

Andere, Welche? \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl Ihrer Auftritte pro Jahr: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrem Einkommen

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

Jahr: \_\_\_\_\_ Jahr Brutto: \_\_\_\_\_ pro Jahr EUR

Jahr: \_\_\_\_\_ Jahr Brutto: \_\_\_\_\_ pro Jahr EUR

Jahr: \_\_\_\_\_ Jahr Brutto: \_\_\_\_\_ pro Jahr EUR

12. Bestehen für Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität Rentenansprüche aus:

Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	EUR pro Jahr: _____ EUR pro Jahr
Betrieblicher Altersversorgung/ Versorgungseinrichtung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	EUR pro Jahr: _____ EUR pro Jahr
Künstlersozialkasse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	EUR pro Jahr: _____ EUR pro Jahr
Privaten Versicherungsverträgen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	EUR pro Jahr: _____ EUR pro Jahr
Sonstigen Quellen – Welchen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	EUR pro Jahr: _____ EUR pro Jahr

13. Leiden Sie oder haben Sie jemals gelitten an Gesundheitsstörungen, die Sie bei der Ausübung Ihres Berufs beeinträchtigt(en) (auch kurzzeitig)?

- Nein  
 Ja

Falls ja: Bitte nähere Angaben (Art, Ausmaß, Dauer, Zeitpunkt der Gesundheitsstörungen, Art der Behandlung, Folgen, Behandler):

---

---

---

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?  
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt.  Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben.  Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)