



Postanschrift: Postfach 81 08 52, 81901 München

Bankverbindung: Bayern LB, München
IBAN.: DE13 7005 0000 0000 0247 15
BIC: BYLADEMMXXX

Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO verarbeitet.

Versicherungsnummer J/O - B _____ (falls vorhanden, wird ansonsten von uns vergeben)

Freiwillige Versicherung für bei freien Ensembles und Orchestern selbständig tätige Musiker nach § 18 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe g der Satzung

Angaben zur Person:

Frau Herr akademischer Titel: _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsname: _____ ggf. Künstlername: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft
 geschieden verwitwet

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Land: _____

Freiwillige Angaben:

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Antrag

Ich beantrage die freiwillige Versicherung ab _____
(die freiwillige Versicherung beginnt immer zum 1. eines Monats)

Ich entrichte einen Beitrag von monatlich _____ Euro
(der Grundbeitrag beträgt monatlich 12,50 Euro)

Ich entrichte die Beiträge durch Überweisung oder einen Dauerauftrag

Ich möchte den Bankeinzug und erteile ein SEPA-Lastschriftmandat
(bitte verwenden Sie hierfür den entsprechenden Vordruck)

Angaben zu Ihrer Tätigkeit:

Ich bin bei folgendem freien Ensemble oder Orchester selbständig tätig:

und lege folgende Unterlagen (insbes. Verträge) darüber vor:

Sind Sie in der Künstlersozialkasse versichert? Ja Nein

Sind Sie berufs- oder erwerbsunfähig? Ja Nein

Beziehen Sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder haben Sie einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt? Ja Nein

Bestehen oder bestanden für Sie bereits Zusatzversicherungen bei

- der Versorgungsanstalt der deutschen Kulturorchester, Ja Nein
falls ja, bis zum _____ unter der Versicherungsnummer: _____
- der Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen Ja Nein
falls ja, bis zum _____ unter der Versicherungsnummer: _____
- der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL Ja Nein
falls ja, bis zum _____ unter der Versicherungsnummer: _____

Erklärungen

Alle vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Über die Bestimmungen zur Durchführung und Ausgestaltung der freiwilligen Versicherung habe ich mich informiert.

Mir ist bekannt, dass ich mich bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nicht freiwillig versichern kann. In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO willige ich ein.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)