



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 freie Musiker nach § 18 Abs. 1 Buchstabe f 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 folgenden Orchestern selbständig oder als Aushilfe 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)