

V e r s i c h e r u n g s a n t r a g

Mitglieds-Nr.DFV _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

PLZ / Ort _____

Ich beantrage hiermit die angekreuzten Versicherungen über den Gruppenversicherungsvertrag des DFV e.V. mit der HDI Global SE für Mitglieder. Falls ich bei den angekreuzten Versicherungen kein Datum eingesetzt habe, soll die Versicherung zum frühest möglichen Zeitpunkt in Kraft treten.

<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Dritthaftpflichtversicherung als Halter von Sprungfallschirmen ab _____
	<input type="checkbox"/> Deckungssumme € 1,5 Mio. pauschal für Personen-/Sachschäden - Jahresprämie € 59,00 (mit Nachweis eines anerkannten Kappenflugseminars reduziert sich die Prämie des Folgejahres um 15% auf jährlich rd. € 50,00)
oder	<input type="checkbox"/> Deckungssumme € 3,0 Mio. pauschal für Personen-/Sachschäden - Jahresprämie € 70,00 (mit Nachweis eines anerkannten Kappenflugseminars reduziert sich die Prämie des Folgejahres um 15% auf jährlich rd. € 59,50)
	Schäden am fremden Absetzflugzeug sind mitversichert.
	Automatischer Einschluss Bergungskosten bis zu 1.000,- Euro mit 100,- Euro Selbstbeteiligung je Schadensfall. Für den Versicherungsschutz gelten die Luftfahrt Haftpflichtversicherungs-Bedingungen (AHB-Lu 2008) Lu H 1, Klausel Lu 0005 sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

<input type="checkbox"/>	Luftfahrt-Unfallversicherung als Fallschirmspringer ab _____
	<input type="checkbox"/> für Tod und Invalidität Jahresprämie € 23,60 Versicherungssumme € 2.500,- für den Todesfall und € 5.000,- für den Invaliditätsfall. Eine Vervielfachung der Versicherungssummen bis zum max. 20-fachen ist bei entsprechender Vervielfachung der Prämie möglich. Gewünschte Versicherungssumme: € _____ für Tod und die doppelte Summe für Invalidität.
oder	<input type="checkbox"/> nur für Invalidität Jahresprämie € 15,39 Versicherungssumme € 5.000,- für den Invaliditätsfall. Eine Vervielfachung der Versicherungssumme bis zum max. 20-fachen ist bei entsprechender Vervielfachung der Prämie möglich. Gewünschte Versicherungssumme: € _____ für Invalidität.
	Für den Versicherungsschutz gelten die Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) und Luftfahrt Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB-Lu 2008), Klausel Lu 0005 sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

E I N Z U G S E R M Ä C H T I G U N G

Ich ermächtige den Deutschen Fallschirmsportverband e.V. die jährlich fälligen Versicherungsprämien vom Konto

IBAN: _____ bei (Bankinstitut): _____

BIC: _____ einzuziehen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____