

## V e r s i c h e r u n g s a n t r a g   f ü r   V e r e i n e / S c h u l e n

Mitglieds-Nr.DFV \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

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

**Luftfahrt-Unfall-Versicherung (Sitzplatzunfallversicherung)**

**für den von mir/uns eingesetzten Schul-Fallschirm**

**für Tod und Invalidität**

**Musterbezeichnung:** \_\_\_\_\_

**Werk-Nr.: #** \_\_\_\_\_  
(Gurtzeug)

**ab** \_\_\_\_\_

**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.

Für den Versicherungsschutz gelten die Luftfahrt Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB-Lu 2008), Klausel Lu 0005 sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

**Luftfahrt-Unfall-Versicherung (Sitzplatzunfallversicherung)**

**für den von mir/uns eingesetzten Schul-Fallschirm**

**nur Invalidität**

**Musterbezeichnung:** \_\_\_\_\_

**Werk-Nr.: #** \_\_\_\_\_  
(Gurtzeug)

**ab** \_\_\_\_\_

**Jahresprämie € 15,39**

Versicherungssumme € 5.000,- für den Invaliditätsfall.

Eine Vervielfachung der Versicherungssummen bis zum max. 20-fachen ist bei entsprechender Vervielfachung der Prämie möglich.

Gewünschte Versicherungssumme: € \_\_\_\_\_ für Invalidität.

Für den Versicherungsschutz gelten die 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 \_\_\_\_\_