

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-Gerling Industrie Versicherung AG für Mitglieder. Falls ich bei den angekreuzten Versicherungen kein Datum eingesetzt habe, soll die Versicherung zum frühest möglichen Zeitpunkt in Kraft treten.

Gesetzliche Dritthaftpflichtversicherung als Halter von Sprungfallschirmen

ab _____

Schäden am fremden Absetzflugzeug sind mitversichert Jahresprämie € 66,-

Deckungssumme € 1,5 Mio. pauschal für Personen-/Sachschäden. Automatischer Einschluss Bergungskosten bis zu 1.000,- Euro mit 100,- Euro Selbstbeteiligung je Schadensfall. Für den Versicherungsschutz gelten die Luftfahrt Haftpflichtversicherungs-Bedingungen (GKA AHB-LU 97.1) Lu H 1 sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

Luftfahrt-Unfallversicherung als Fallschirmspringer
für Tod und Invalidität

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 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (GKA AUB 94.2) und Luftfahrt Unfallversicherungs-Bedingungen (GKA AUB-Lu 97.1) sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

Luftfahrt-Unfallversicherung als Fallschirmspringer
Nur für Invalidität

ab _____

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 (GKA AUB 94.2) und Luftfahrt Unfallversicherungs-Bedingungen (GKA AUB-Lu 97.1) 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

Nr. _____ bei (Bankinstitut): _____

BLZ: _____ einzuziehen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____