

AIR&MORE

Versicherungsagentur für Flugsport
 Schweygerstraße 9, A-6060 Hall in Tirol
FAX: 0512-219921 8812
 Telefon: 0699-15918600, 0699-20200635
 www.airandmore.at, eMail: info@airandmore.at

Flug-Unfallversicherung

für nichtmotorisierte Flugrisiken:
 Paragleiter, Segelflieger, Drachenflieger,
 Fallschirmspringer, Kitesurfer und
 Ballonfahrer

ANTRAG NACH DEN GELTENDEN BEDINGUNGEN DES UNFALLSCHUTZ EXKLUSIV (AUVB 2008)



Antragssteller/in, Familienname, Titel		Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf
Straße, Hausnummer, Tür		PLZ, Ort
Telefon	Fax	eMail

AIR & MORE Tarife

Spezial Standard Small

Flugunfall Unfallinvalidität Grundsumme	€ 55.000	€ 55.000	€ 35.000
Flugunfall max. Leistung (100% Invalidität, 400% Progression)	€ 220.000	€ 220.000	€ 140.000
Unfalltod (Flug, Beruf, Freizeit)	€ 10.000	€ 7.500	–
Zusatzschutz für Beruf/Freizeit Grundsumme	€ 55.000	€ 55.000	€ 35.000
Zusatzschutz für Beruf/Freizeit max. Leistung	€ 220.000	€ 220.000	€ 140.000
Unfall-Nachsorge (Beruf, Freizeit)	–	€ 3.000	€ 3.000
Bergekosten inkl. Hubschrauberrettungskosten (Flug, Beruf, Freizeit)	€ 5000	–	–
Monatsprämie (Jahresprämie)	€ 22,50 (€ 270)	€ 14,75 (€ 177)	€ 8,25 (€ 99)

Besteht oder bestand eine Unfallversicherung bei einer anderen Anstalt?
 Oder haben Sie eine beantragt? Welches Institut: _____ Nein

Wurden beantragte Versicherungen von einem anderen Unternehmen abgelehnt,
 gekündigt oder einvernehmlich gelöst? _____ Ja Nein

Gesellschaft: _____ Grund: _____

Bezugsberechtigt im Todesfall (Familienname, Vorname, Geburtsdatum)

Sind nachstehende Erkrankungen in den letzten 5 Jahren aufgetreten oder wurden sie behandelt?
 Krankheiten wie z. B. Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, Ohnmachts- bzw. Schwindelanfälle, Erkrankungen der Wirbelsäule bzw. des Rückenmarks, ferner des Hüftgelenks, Ischias, Zuckerkrankheit, Multiple Sklerose, Morbus Bechterew, Blindheit, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gelähmtheit, bösartige Neubildung, sowie bösartige Blut- und Knochenerkrankungen (z. B. Leukämie u.ä.), Nerven- oder Gehirnerkrankungen. Behandlungen wegen eines Unfalles oder wegen Unfallfolgen waren in den letzten 5 Jahren stationär nicht notwendig. Arbeitsunfähigkeit gem. AUVB besteht nicht.

Nein Ja (genaue Angabe der Erkrankung)

Versicherungsbeginn: Tag/Monat/Jahr / /	Laufzeit <input checked="" type="checkbox"/> 3 Jahre	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> jährlich mit Zahlschein, Abbucher <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich
Geldinstitut: (nur bei Abbucher!)	BLZ	Kontonummer

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ja, ich bin Mitglied bei einem Flugsportverein: _____
 (Verein, Name, Ort)

Ich bin Paragleiter Drachenflieger Segelflieger Fallschirmspringer Kitesurfer Ballonfahrer