

**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 Grundssumme Flugunfall max. Leistung (100% Invalidität, 400% Progression)	€ 55.000 € 220.000	€ 55.000 € 220.000	€ 35.000 € 140.000
Unfalltod (Flug, Beruf, Freizeit)	€ 10.000	€ 7.500	-
Zusatzschutz für Beruf/Freizeit Grundsumme Zusatzschutz für Beruf/Freizeit max. Leistung	€ 55.000 € 220.000	€ 55.000 € 220.000	€ 35.000 € 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 <input type="checkbox"/> oder bestand <input type="checkbox"/> eine Unfallversicherung bei einer anderen Anstalt? Oder haben Sie eine beantragt? <input type="checkbox"/> Welches Institut:	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden beantragte Versicherungen von einem anderen Unternehmen abgelehnt, gekündigt oder einvernehmlich gelöst?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
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 Unfalls oder wegen Unfallfolgen waren in den letzten 5 Jahren stationär nicht notwendig. Arbeitsunfähigkeit gem. AUVB besteht nicht.

Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> (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