

Schicken Sie das Formular per Post direkt an
Sabine Marjan.



Luftfahrzeug-Versicherung Sabine Marjan | Silkmooser Weg 8 | 24966 Sörup

Luftfahrzeug-Versicherung

Sabine Marjan
Silkmooser Weg 8
24966 Sörup

**Sabine Marjan:
Versichert.**

Angebotsformular: Luftfahrzeug-Versicherung

Versicherungsnehmer/in, Interessent/in

Firma

Name

Branche

Privatperson

Titel

Vorname

Name

Strasse

Hs.-Nr.

Bundesland

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

Telefax

E-Mail

Website

Luftfahrtunternehmen

gemäß Verordnung (EWG) 2407/92

Ja

Nein

halbjährlich: Prämienzuschlag 3% / vierteljährlich: Prämienzuschlag 5%

Versicherungsbeginn | Zahlungsweise

Datum

1/1

jährlich

1/4

jährlich

1/2

jährlich

1/12

monatlich

Luftfahrzeug

Hersteller

Modell

Werk-Nummer

Kennzeichen

Baujahr

max. (MTOW)

Abfluggewicht

Sitzplätze

Piloten

Passagiere

Flugzeugtyp
Experimental Eigenbau Prototyp Wasser

Flugstunden p.a. Hangarierung Stationierung

Geltungsbereich

weltweit weltweit, ohne USA Europa

Verwendungszweck

Geschäfts- und Reiseflüge Werksverkehr Personen- und Frachtbeförderung Lösch- und Sprühflugzeuge

Schulungsflüge mit Anfängerschulung ohne Anfängerschulung

Schleppflüge
Banner Lasten Segelflugzeugen

Kunstflug Absetzen von Fallschirmspringern Film- und Fotoflüge

sonstiger Flugeinsatz

Vercharterung
ja nein Art der Vercharterung
eigene Piloten fremde Piloten

Umfang Haftpflichtversicherung

CSL-Deckung (Kombinierte Halter- und Passagierhaftpflichtversicherung)

ja nein

Halter-Haftpflichtversicherung Passagier-Haftpflichtversicherung
ja nein ja nein

Piloten

offene Pilotenklausel namentlich genannte Piloten (Evtl. weitere Piloten bitte als Anlage beifügen.)

Angaben zum Piloten (1)

Frau Herr Titel Vorname Name

Fluglizenzen
SPL PPL CPL/ATPL Zusatzberechtigungen Anzahl der Starts und Landungen pro Jahr

geleistete Flugstunden
insgesamt in den letzten 12 Monaten auf dem oben genannten Typ

Angaben zum Piloten (2)

Frau Herr Titel Vorname Name

Fluglizenzen
SPL PPL CPL/ATPL Zusatzberechtigungen Anzahl der Starts und Landungen pro Jahr

geleistete Flugstunden
insgesamt in den letzten 12 Monaten auf dem oben genannten Typ

Angaben zum Piloten (3)

Frau Herr Titel Vorname Name

Fluglizenzen
SPL PPL CPL/ATPL Zusatzberechtigungen Anzahl der Starts und Landungen pro Jahr

geleistete Flugstunden
insgesamt in den letzten 12 Monaten auf dem oben genannten Typ

Angaben zum Piloten (4)

Frau Herr Titel Vorname Name

SPL <input type="checkbox"/> PPL <input type="checkbox"/> CPL/ ATPL <input type="checkbox"/>	Zusatzberechtigungen	Anzahl der Starts und Landungen pro Jahr
geleistete Flugstunden		
insgesamt	in den letzten 12 Monaten	auf dem oben genannten Typ

Umfang der Kaskoversicherung

Versicherungssumme (VS)	inkl. Sonderinstrumentierung/-ausstattung	inkl. Mehrwertsteuer
Euro	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
gewünschte Versicherungsform	gewünschter Selbstbehalt der Versicherungsform (VS)	
Zeitwert <input type="checkbox"/> Taxwert <input type="checkbox"/>	1%, mind. 1.000,- € <input type="checkbox"/>	2%, mind. 2.000,- € <input type="checkbox"/> 5%, mind. 5.000,- € <input type="checkbox"/>
Sicherungsschein erforderlich?	Kreditsumme	Kreditgeber
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
		Einwände gegenüber Kreditgeber ausschließen?
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Umfang der Unfallversicherung

namentliche Unfallversicherung <input type="checkbox"/>	Sitzplatz, Unfallversicherung nach	
	Platzsystem <input type="checkbox"/>	Pauschalsystem <input type="checkbox"/>
Versicherungssumme	je Pilotensitzplatz	je Passagiersitzplatz
Tod <input type="checkbox"/>	Euro	Euro
Invalidität <input type="checkbox"/>	Euro	Euro

Die Folgenden Fragen beziehen sich auf Vorschäden innerhalb der letzten fünf Jahre.

Vorschäden

Vorversicherer	Vertragskündigung durch den Vorversicherer	
Name	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schadenfreiheit des Versicherungsnehmers	Schadenfreiheit des Luftfahrzeugs	Schadenfreiheit der Piloten
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schaden		
Datum	Ursache	
Schadenhöhe		
Kasko	Haftpflicht	Unfall

Allgemeine Hinweise

Die aufgeführten Daten werden Vertragsbestandteil. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorgenannten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Mir ist bewußt, dass nicht vollständige oder unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Datenschutzerklärung: Ich willige ein, dass der Versicherer im erfolgreichen Umfang Daten, die sich aus den Antrags- bzw. Anmeldeunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, speichert und/oder an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung übermittelt.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------