

## 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 GERLING-Konzern-Allg. Versicherungs-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 € 59,-**

Deckungssumme € 1,5 Mio. pauschal für Personen-/Sachschäden, pro verletzte Person max. € 600.000,-.  
Für den Versicherungsschutz gelten die Luftfahrt-Haftpflichtversicherungs-Bedingungen Lu H 1,  
sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

**Luftfahrt-Unfallversicherung als Fallschirmspringer  
für Tod und Invalidität**

ab \_\_\_\_\_

**Jahresprämie € 23,-**

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 AUB 94.2 und Luftfahrt-Unfallversicherung-Bedingungen, AUB-LU,  
sowie die Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags.

**Luftfahrt-Unfallversicherung als Fallschirmspringer  
Nur für Invalidität**

ab \_\_\_\_\_

**Jahresprämie € 15,-**

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 AUB 94.2 und Luftfahrt-Unfallversicherung-Bedingungen, AUB-LU,  
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 \_\_\_\_\_