

# Deckungsnote zur Unfallversicherung mit Motocross- u. Kart-Fahrer – ohne körperlich Tätigkeit

## ► Persönliche Angaben

Herr  Frau

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

LKZ / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel priv. \_\_\_\_\_ Tel mobil \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich **Unfallversicherungsschutz** mit folgenden Leistungspunkten:

Leistungsart	Höchstsumme	Gewählte Summe	Prämie Normal	Prämie Beamte	Beitrag
Invaliditätsgrundsumme	171.000 €	€	4,60 € pro 1.000 €	3,00 € pro 1.000 €	€
Invaliditätshöchstleistung (300% Progr.)	513.000 €	---	---	---	---
Unfalltodesfalleistung	500.000 €	€	2,60 € pro 1.000 €	1,80 € pro 1.000 €	€
Monatliche Unfall-Rente	3.000 €	€	20,80 € pro 100 €	18,72 € pro 100 €	€
Krankenhaustagegeld inkl. GG	50 €	€	2,88 € pro 1 €	2,14 € pro 1 €	€
			Nettoprämie		€
			+ jeweils gültige Versicherungssteuer (z. Zt. 19%)		€
Versicherungsbeginn _____ . 20 _____			<b>Jahresbeitrag</b>		<b>€</b>

## ► Bezahlung (nur Deutschland) – im Ausland nur per Überweisung nach Rechnung!

Ich wünsche die Abbuchung des Jahresbeitrages von Konto \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

und erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die oben genannte Jahresprämie.

Name Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Unfälle gehabt, die ärztlich behandelt wurden?  Nein  Ja, dann bitte Angaben zu Unfalltag und Ursache? Welche Verletzungen haben Sie erlitten? Seit wann sind die Verletzungen vollständig ausgeheilt?

Wurde in den letzten 3 Jahren eine Krankheit festgestellt, die zu einer Krankenhausbehandlung geführt hat oder haben Sie in den innerhalb der letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente oder Heilmittel genommen?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie hilfsbedürftig, schwerbehindert im Sinne des Schwerbehindertengesetzes, pflegebedürftig oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?  Nein  Ja Besteht  oder bestand  bei einer anderen Gesellschaft eine gleichartige Versicherung?  Nein  Ja, Gesellschaft /Versicherungsnummer/ geleistete Schäden über EUR 1.000 \_\_\_\_\_

## ► Vereinbarungen

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend mit dem Ablauf der Vertragszeit um 1 Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweilige Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Firma „Die Sport Assekuranz® Financial & Insurance Broker \* Aispachstr. 18 \* D-72764 Reutlingen \* T. +49 7121 372280 \* F. +49 7121 372281 \* email. office@sportinsurance.net \* http://www.sportinsurance.net“ die Vollmacht, in meinem Namen eine Versicherung an eine Gesellschaft bzw. einen Makler zu vermitteln, den Vertrag zu verwalten und zu betreuen bzw. umzudecken sowie alle in diesem Zusammenhang stehenden Dienste zu tätigen. Alle daraus resultierenden Dienste stellen eine Nebentätigkeit zur Vermittlung dar. Ich bestätige ferner ausdrücklich, dass ich bewusst auf eine Beratung und Dokumentation inklusive der damit verbundenen Konsequenzen gegenüber der Sport Assekuranz verzichte. Ich kann somit keinerlei Schadenersatzansprüche mehr geltend machen. Ich nehme hiermit zur Kenntnis und stimme zu, dass der Versicherer bzw. sein Bevollmächtigter und die Sport Assekuranz Vertrags- oder Schadendaten ggfs. in elektronischer Form speichern und die Originale vernichten. Die elektronische Kopie eines solchen Dokuments wird als Nachweis des Originaldokumentes von mir anerkannt.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008), den BB MotoCross/Kart und den gesetzlichen Bestimmungen.

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremde Hilfe bedarf.

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerde zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Bedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2008) und die BB MotoCross/Kart vor Antragstellung bekommen habe. Sie werden damit Vertragsbestandteil.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

# Deckungsnote zur Unfallversicherung mit Motocross- u. Kart-Fahrerinnen

## ► Persönliche Angaben

Herr  Frau

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

LKZ / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel priv. \_\_\_\_\_ Tel mobil \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich **Unfallversicherungsschutz** mit folgenden Leistungspunkten:

Leistungsart	Höchstsumme	Gewählte Summe	Prämie Normal	Prämie Beamte	Beitrag
Invaliditätsgrundsumme	171.000 €	€	3,70 € pro 1.000 €	2,40 € pro 1.000 €	€
Invaliditätshöchstleistung (300% Progr.)	513.000 €	---	---	---	---
Unfalltodesfalleistung	500.000 €	€	2,10 € pro 1.000 €	1,40 € pro 1.000 €	€
Monatliche Unfall-Rente	3.000 €	€	16,64 € pro 100 €	14,98 € pro 100 €	€
Krankenhaustagegeld inkl. GG	50 €	€	2,24 € pro 1 €	1,60 € pro 1 €	€
			<b>Nettoprämie</b>		€
			+ jeweils gültige Versicherungssteuer (z. Zt. 19%)	+	€
Versicherungsbeginn _____ . _____ . <b>20</b> _____			<b>Jahresbeitrag</b>		€

## ► Bezahlung (nur Deutschland) – im Ausland nur per Überweisung nach Rechnung!

Ich wünsche die Abbuchung des Jahresbeitrages von Konto \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

und erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die oben genannte Jahresprämie.

Name Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Unfälle gehabt, die ärztlich behandelt wurden?  Nein  Ja, dann bitte Angaben zu Unfalltag und Ursache? Welche Verletzungen haben Sie erlitten? Seit wann sind die Verletzungen vollständig ausgeheilt?

Wurde in den letzten 3 Jahren eine Krankheit festgestellt, die zu einer Krankenhausbehandlung geführt hat oder haben Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente oder Heilmittel genommen?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie hilfsbedürftig, schwerbehindert im Sinne des Schwerbehindertengesetzes, pflegebedürftig oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?  Nein  Ja Besteht  oder bestand  bei einer anderen Gesellschaft eine gleichartige Versicherung?  Nein  Ja, Gesellschaft /Versicherungsnummer/ geleistete Schäden über EUR 1.000 \_\_\_\_\_

## ► Vereinbarungen

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend mit dem Ablauf der Vertragszeit um 1 Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Firma „Die Sport Assekuranz<sup>®</sup> Financial & Insurance Broker \* Aispachstr. 18 \* D-72764 Reutlingen \* T. +49 7121 372280 \* F. +49 7121 372281 \* email. office@sportinsurance.net \* http://www.sportinsurance.net“ die Vollmacht, in meinem Namen eine Versicherung an eine Gesellschaft bzw. einen Makler zu vermitteln, den Vertrag zu verwalten und zu betreuen bzw. umzudecken sowie alle in diesem Zusammenhang stehenden Dienste zu tätigen. Alle daraus resultierenden Dienste stellen eine Nebentätigkeit zur Vermittlung dar. Ich bestätige ferner ausdrücklich, dass ich bewusst auf eine Beratung und Dokumentation inklusive der damit verbundenen Konsequenzen gegenüber der Sport Assekuranz verzichte. Ich kann somit keinerlei Schadenersatzansprüche mehr geltend machen. Ich nehme hiermit zur Kenntnis und stimme zu, dass der Versicherer bzw. sein Bevollmächtigter und die Sport Assekuranz Vertrags- oder Schadendaten ggfs. in elektronischer Form speichern und die Originale vernichten. Die elektronische Kopie eines solchen Dokuments wird als Nachweis des Originaldokumentes von mir anerkannt.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008), den BB MotoCross/Kart und den gesetzlichen Bestimmungen.

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremde Hilfe bedarf.

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerde zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Bedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2008) und die BB MotoCross/Kart vor Antragstellung bekommen habe. Sie werden damit Vertragsbestandteil.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller

# Deckungsnote zur Unfallversicherung mit Motocross- u. Kart-Fahrer – Kinder

## ► Persönliche Angaben

Herr  Frau

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

LKZ / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel priv. \_\_\_\_\_ Tel mobil \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich **Unfallversicherungsschutz** mit folgenden Leistungspunkten:

Leistungsart	Höchstsumme	Gewählte Summe	Prämie 0-14 Jahre	Prämie 15-18 Jahre	Beitrag
Invaliditätsgrundsumme	171.000 €	€	1,50 € pro 1.000 €	2,20 € pro 1.000 €	€
Invaliditätshöchstleistung (300% Progr.)	513.000 €	---	---	---	---
Unfalltodesfalleistung	30.000 €	€	0,30 € pro 1.000 €	1,10 € pro 1.000 €	€
Monatliche Unfall-Rente	3.000 €	€	14,56 € pro 100 €	20,62 € pro 100 €	€
Krankenhaustagegeld inkl. GG	50 €	€	0,96 € pro 1 €	2,24 € pro 1 €	€
			<b>Nettoprämie</b>		€
			+ jeweils gültige Versicherungssteuer (z. Zt. 19%)	+	€
Versicherungsbeginn _____ . 20 _____			<b>Jahresbeitrag</b>		€

## ► Bezahlung (nur Deutschland) – im Ausland nur per Überweisung nach Rechnung!

Ich wünsche die Abbuchung des Jahresbeitrages von Konto \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

und erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die oben genannte Jahresprämie.

Name Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Unfälle gehabt, die ärztlich behandelt wurden?  Nein  Ja, dann bitte Angaben zu Unfalltag und Ursache? Welche Verletzungen haben Sie erlitten? Seit wann sind die Verletzungen vollständig ausgeheilt?

Wurde in den letzten 3 Jahren eine Krankheit festgestellt, die zu einer Krankenhausbehandlung geführt hat oder haben Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente oder Heilmittel genommen?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie hilfsbedürftig, schwerbehindert im Sinne des Schwerbehindertengesetzes, pflegebedürftig oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?  Nein  Ja Besteht  oder bestand  bei einer anderen Gesellschaft eine gleichartige Versicherung?  Nein  Ja, Gesellschaft /Versicherungsnummer/ geleistete Schäden über EUR 1.000 \_\_\_\_\_

## ► Vereinbarungen

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend mit dem Ablauf der Vertragszeit um 1 Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweilige Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Firma „Die Sport Assekuranz® Financial & Insurance Broker \* Aispachstr. 18 \* D-72764 Reutlingen \* T. +49 7121 372280 \* F. +49 7121 372281 \* email. office@sportinsurance.net \* http://www.sportinsurance.net“ die Vollmacht, in meinem Namen eine Versicherung an eine Gesellschaft bzw. einen Makler zu vermitteln, den Vertrag zu verwalten und zu betreuen bzw. umzudecken sowie alle in diesem Zusammenhang stehenden Dienste zu tätigen. Alle daraus resultierenden Dienste stellen eine Nebentätigkeit zur Vermittlung dar. Ich bestätige ferne ausdrücklich, dass ich bewusst auf eine Beratung und Dokumentation inklusive der damit verbundenen Konsequenzen gegenüber der Sport Assekuranz verzichte. Ich kann somit keinerlei Schadenersatzansprüche mehr geltend machen. Ich nehme hiermit zur Kenntnis und stimme zu, dass der Versicherer bzw. sein Bevollmächtigter und die Sport Assekuranz Vertrags- oder Schadendaten ggfs. in elektronischer Form speichern und die Originale vernichten. Die elektronische Kopie eines solchen Dokuments wird als Nachweis des Originaldokumentes von mir anerkannt.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008), den BB MotoCross/Kart und den gesetzlichen Bestimmungen.

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremde Hilfe bedarf.

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerde zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Bedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2008) und die BB MotoCross/Kart vor Antragstellung bekommen habe. Sie werden damit Vertragsbestandteil.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller