**Antrag Unfallversicherung für Motorsportler**

Versicherungsschutz besteht bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antragsteller/ Versicherungsnehmer** | □ Herr □ Frau  Vorname: Name:  Straße und Hausnummer: PLZ / Ort:  **Versicherte Person ( sofern nicht Versicherungsnehmer ):**  □ Herr □ Frau    Vorname: Name:  Straße und Hausnummer: PLZ / Ort: | | | |
| **Begünstigter im Erlebensfall** | VN □ | VP □ | Sonstiger □ | Name, Vorname, Geburtsdatum |
| **Begünstigter im Todesfall** | VN □ | VP □ | Sonstiger □ | Name, Vorname, Geburtsdatum |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gewünschter Versicherungsbeginn:**  (der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr,wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird. ) | | | |
| **Versicherungssummen/ Jahresbeiträge** | **Motorsportart: □ Automobilsport/Kartsport □ Motorradsport** | | |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Invaliditätsleistung | Inv.-Höchstleistung (400% Progr.) | | Jahresprämie (netto) | | | 50.000,00 EUR | 200.000,00 EUR | 110,00 EUR | | **□** | | 75.000,00 EUR | 300.000,00 EUR | 165,00 EUR | | **□** | | 100.000,00 EUR | 400.000,00 EUR | 220,00 EUR | | **□** | | 125.000,00 EUR | 500.000,00 EUR | 275,00 EUR | | **□** | | 150.000,00 EUR | 600.000,00 EUR | 330,00 EUR | | **□** | | 200.000,00 EUR | 800.000,00 EUR | 440,00 EUR | | **□** | | 250.000,00 EUR | 1.000.000,00 EUR | 550,00 EUR | | **□** | | 300.000,00 EUR | 1.200.000,00 EUR | 660,00 EUR | | **□** | | | |
|  | **optional einschließbar:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Todesfallleistung | Jahresprämie (netto) | | | | 10.000,00 EUR | 18,00 EUR | **□** | | 20.000,00 EUR | 36,00 EUR | **□** | | 30.000,00 EUR | 54,00 EUR | **□** | | 50.000,00 EUR | 90,00 EUR | **□** | | 100.000,00 EUR | 180,00 EUR | **□** | | | |
|  | **Beitragsfrei mitversichert sind:**  Bergungskosten u. kosmetische Operationen bis 10.000,00 EUR  Rehabilitations-Beihilfe bis 1.000,00 EUR | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **Unfallkrankenhaustagegeld mit Genesungsgeld** | 25,00 Euro/Tag    50,00 Euro/Tag    75,00 Euro/Tag | Jahresprämie netto: 40,00 EUR  Jahresprämie netto: 80,00 EUR  Jahresprämie netto: 120,00 EUR | **□**  **□**  **□** | |
| **Gesamtprämie** | **Gesamt** Jahres-Prämie Netto: EUR ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_  + gültige Landesversicherungssteuer in Höhe von:\_\_\_\_%  **Gesamt** Jahres-Prämie Brutto: EUR \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **SEPA-Lastschriftmandat / Einzugs-ermächtigung**  (jährliche Zahlungsweise)  Gläubiger- Identifikationsnummer: DE18SRC00000498807 | Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  **Für SEPA-Lastschriften gilt zusätzlich:** Zugleich weise ich/ weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto  gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des  belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kreditinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift/en  **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsgrundlagen** | Versicherungsbedingungen für die Motorsportversicherung SRC 06/2017  Die Progression beträgt abweichend von Punkt 2 der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung 400%. |
| **Versicherungsumfang** | Der Versicherungsschutz   * umfasst Unfälle in der ganzen Welt * gilt nur für Unfälle **während der Teilnahme an** **Motorsportveranstaltungen.** Ebenfalls mitversichert sind Trainingsfahrten (auch zur Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten). |
|  | **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort / Datum | Unterschrift Versicherungsnehmer |
|  | **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort / Datum | Unterschrift versicherte Person |
|  | **X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort / Datum | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters |