

## Antrag Unfallversicherung Motorsportler – KROWDRACE

Versicherungsschutz besteht bei Motorsportveranstaltungen

<b>Antragsteller/ Versicherungsnehmer</b>	<p> <input type="checkbox"/> Herr    <input type="checkbox"/> Frau         </p> <p>           Vorname: _____ Name: _____         </p> <p>           Straße und Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____         </p> <p>           Geburtsdatum: _____ Steuer-Identnummer: _____         </p> <p> <b>Versicherte Person ( sofern nicht Versicherungsnehmer ):</b> </p> <p>           Vorname: _____ Name: _____         </p> <p>           Straße und Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____         </p> <p>           Geburtsdatum: _____ Steuer-Identnummer: _____         </p> <p>           Familienstand: Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> </p> <p>           Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Betriebsart: _____ Jahreseinkommen in EUR: _____         </p> <p>           angestellt: <input type="checkbox"/> selbstständig: <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst: <input type="checkbox"/> </p>
<b>Begünstigter im Erlebensfall</b>	<p>           Name, Vorname, Geburtsdatum         </p> <p>           VN: <input type="checkbox"/> VP: <input type="checkbox"/> Sonstiger: <input type="checkbox"/> _____         </p>
<b>Begünstigter im Todesfall</b>	<p>           Name, Vorname, Geburtsdatum         </p> <p>           VN: <input type="checkbox"/> VP: <input type="checkbox"/> Sonstiger: <input type="checkbox"/> _____         </p>

Gewünschter Versicherungsbeginn:  ,00:00 Uhr

(der Vertrag verlängert sich stillschweigend, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.)

Gewünschte Zahlungsweise: jährlich  halbjährlich + 3%  vierteljährlich + 5%  monatlich + 7%

**Versicherungssummen/  
Jahresbeiträge**

Ich betreibe  Automobilsport  Kartsport  Motorradsport  Motorbootsport

Lizenzinhaber:  Ja  Nein

Lizenznummer:

Invaliditätsleistung	Inv.-Höchstleistung (400% Progr.)	Todesfalleistung	Jahres-Prämie Netto*	
50.000,00 EUR	200.000,00 EUR	10.000,00 EUR	128,00 EUR	<input type="checkbox"/>
75.000,00 EUR	300.000,00 EUR	10.000,00 EUR	183,00 EUR	<input type="checkbox"/>
100.000,00 EUR	400.000,00 EUR	20.000,00 EUR	256,00 EUR	<input type="checkbox"/>
125.000,00 EUR	500.000,00 EUR	20.000,00 EUR	311,00 EUR	<input type="checkbox"/>
150.000,00 EUR	600.000,00 EUR	20.000,00 EUR	366,00 EUR	<input type="checkbox"/>
200.000,00 EUR	800.000,00 EUR	25.000,00 EUR	485,00 EUR	<input type="checkbox"/>
250.000,00 EUR	1.000.000,00 EUR	50.000,00 EUR	640,00 EUR	<input type="checkbox"/>
300.000,00 EUR	1.200.000,00 EUR	100.000,00 EUR	840,00 EUR	<input type="checkbox"/>

\*+ jeweils gültige Landesversicherungssteuer

**Beitragsfrei mitversichert sind u.a.:**

Bergungskosten u. kosmetische Operationen bis 10.000,00 EUR  
Rehabilitations-Beihilfe bis 1.000,00 EUR

**Unfallkrankenhaustagegeld  
mit Genesungsgeld**

25,00 Euro / Tag

Jahres-Prämie Netto\* 40,00 EUR

50,00 Euro / Tag

Jahres-Prämie Netto\* 80,00 EUR

75,00 Euro / Tag

Jahres-Prämie Netto\* 120,00 EUR

\*+ jeweils gültige Landesversicherungssteuer

**Gesamtprämie**

Gesamt Jahres-Prämie Netto in EUR

+ gültige Landesversicherungssteuer in Höhe von  %

Gesamt Jahres-Prämie Brutto in EUR

**SEPA-Lastschriftmandat /  
Einzugsermächtigung  
(zwingend)**  
(jährliche Zahlungsweise)

Gläubiger-  
Identifikationsnummer:  
DE18SRC00000498807

**Gilt nicht für schweizer  
Kunden, hier wird eine  
Rechnung erstellt.**

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**

**Anmerkung / Hinweis (Obliegenheit)**

Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche schriftlich anzuzeigen. Wird diese Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber von der Verpflichtung zur Leistung frei.

**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 Motorsportveranstaltungen

**X**

Ort / Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

**X**

Ort / Datum

Unterschrift versicherte Person

**X**

Ort / Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters