☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG

Allianz

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherungsnr.: _____ **RLNR.:** _____

E-Mail: _____ **Telefon:** _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Flugsportarten

Fluglizenzen und -berechtigungen

Sind Sie Flugschüler oder Fallschirmsprungschüler? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche Lizenz(en) streben Sie an? _____

Wann ist das voraussichtliche Ende der Ausbildung vorgesehen? _____

Besitzen Sie eine gültige Fluglizenz? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche?

- ☐ Private Pilot Licence (PPL): Bitte präzisieren: _____
- ☐ Sportpilotenlizenz (SPL) Bitte präzisieren: _____
- ☐ CPL Bitte präzisieren: _____
- ☐ GPL / Segelflugzeugführer ☐ ATPL
- ☐ Freiballonführer ☐ Fallschirmsprung-Lizenz
- ☐ sonstige (ggf. ausländische) Lizenz(en): _____

Benutzen Sie Ihre Fluglizenz auch beruflich? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Bitte erläutern Sie die berufliche Nutzung unter „zusätzliche Bemerkungen“.

Beabsichtigen Sie (weitere) Fluglizenzen zu erwerben? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche? _____

Für welches Luftfahrzeug besitzen Sie eine(n) Luftfahrtschein/Lizenz? ☐ keines

- ☐ Motorflugzeug
- ☐ Hubschrauber
- ☐ (Reise-) Motorsegler
- ☐ Ultraleichthubschrauber
- ☐ Ultraleichtflugzeug
- ☐ Tragschrauber / Gyrocopter
- ☐ Hängegleiter
- ☐ Gleitschirm / Paraglider
- ☐ Drachenflug / Deltasegeln
- ☐ Segelflug
- ☐ Segelflugzeugschleppflüge
- ☐ Freiballon
- ☐ Sprungfallschirm mit Öffnungsautomat
- ☐ Sprungfallschirm ohne Öffnungsautomat
- ☐ Sonstige - Welche? _____

Welche flugbezogenen Betätigungen üben Sie aus? ☐ keine

- ☐ Sichtflug / VFR
- ☐ kontrollierter Sichtflug / CVFR
- ☐ Nachtflug / NVFR
- ☐ Instrumentenflug / IFR
- ☐ Langstreckenflug
- ☐ Passagierflug
- ☐ Wolkenflug
- ☐ Wasserflugzeug
- ☐ Streu- / Sprühflug
- ☐ Fangschlepp
- ☐ Schleppberechtigung
- ☐ Bannerschlepp
- ☐ Startart Windenstart
- ☐ Startart Flugzeugschlepp
- ☐ Startart Eigenstart
- ☐ Startart Gummiseilstart
- ☐ Kunstflug
- ☐ Fallschirmsprung
- ☐ Lehr- / Ausbildungsberechtigung
- ☐ Prüfberechtigung / Examiner
- ☐ Betreiben Sie Paraballoongin
- ☐ Skysurfing
- ☐ Ballonfahren
- ☐ Sonstige - Welche? _____

Ausübungsform

Seit wann üben Sie Ihre Sportart aus? ____ /_____ MM/JJJJ

Bitte machen Sie Angaben zur Anzahl der Flugstunden:

Anzahl der bisherigen Flugstunden: _____

Anzahl der in den letzten 12 Monaten absolvierten Flugstunden: _____

Anzahl der für die nächsten 12 Monate geplanten Flugstunden: _____

Nehmen Sie an Wettkämpfen Ihrer Sportart teil? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Flug- / Luftsportgerät: _____

Flug- / Luftsportdisziplin: _____

Art, Name(n) der Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Allianz

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherungsnr.: _____ **RLNR.:** _____

E-Mail: _____ **Telefon:** _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Flugsportarten

Wie üben Sie Ihre Sportart aus?

☐ als Freizeitsportler ☐ als Berufssportler ☐ als hauptberuflicher Lehrer / Trainer

☐ sonstige Tätigkeit: _____

Sind Sie nebenberuflich als Lehrer / Trainer tätig? ☐ **ja** ☐ **nein**

Üben Sie eine der nachfolgend beschriebenen Tätigkeiten aus? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche?

☐ Rekordflüge ☐ Kunstflüge ☐ Akrobatikflüge ☐ Fliegen von Prototypen ☐ Testen von Fluggerät

☐ Fliegen von zugelassenen Einzelstücken (Bitte führen Sie dies unter „zusätzliche Bemerkungen“ aus.)

Üben Sie Ihre Sportart außerhalb Deutschlands aus? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welches Land / Region? Wie häufig üben Sie Ihre Sportart außerhalb Deutschland aus?

_____

_____

Führen Sie Ihre Sportart in Kombination mit anderen Sportarten aus? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Mit welcher Sportart?

_____

_____

Fallschirmspringen

Nehmen Sie an Synchron / Formationssprüngen teil? ☐ **ja** ☐ **nein**

Üben Sie Base-Jumping aus? ☐ **ja** ☐ **nein**

Verwenden Sie einen Wingsuit? ☐ **ja** ☐ **nein**

Verwenden Sie einen Öffnungsautomaten? ☐ **ja** ☐ **nein**

zusätzliche Bemerkungen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

_____

_____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum	Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig	Unterschrift der zu versichernden Person
_____	_____	_____