

Berufsflugrisiko (Zivilflug)

Zusätzliche Erklärung zum Antrag vom:

Antragsteller zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	Name, Vorname		
Fragen	Antworten		
1. Sind Sie Berufspilot als	<input type="checkbox"/> Selbständiger / Freiberuflicher, seit: <input type="checkbox"/> Angestellter, seit: bei: <input type="checkbox"/> Lufthansa <input type="checkbox"/> ADAC <input type="checkbox"/> Polizei / BGS <input type="checkbox"/>		
2. Welche Lizenzen besitzen Sie als Berufspilot?	Lizenz	seit:	gültig bis:
3. Sind Sie Flugschüler?	<input type="checkbox"/> ja, für <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Beginn der Ausbildung Ende der Ausbildung		
4. Mit welchen Flugzeugen / Fluggeräten fliegen Sie bzw. beabsichtigen Sie ggf. zu fliegen und wie viele Flugstunden jeweils pro Jahr?	<input type="checkbox"/> Strahlenflugzeugen Stunden / p.a. <input type="checkbox"/> Propellerflugzeugen Stunden / p.a. <input type="checkbox"/> Hubschrauber Stunden / p.a. <input type="checkbox"/> Ballon Stunden / p.a. <input type="checkbox"/> Zeppelin Stunden / p.a. <input type="checkbox"/> Stunden / p.a. <input type="checkbox"/> Stunden / p.a.		
5. Welche Flüge führen Sie aus?	<input type="checkbox"/> regulärer Linienflug <input type="checkbox"/> Charterflüge auf regulären Routen <input type="checkbox"/> Charterflüge auf anderen Routen, welche? <input type="checkbox"/> Rundflüge <input type="checkbox"/> Reklameflüge <input type="checkbox"/> Schädlingsbekämpfungsflüge <input type="checkbox"/> Versuchsflüge <input type="checkbox"/> Testflüge <input type="checkbox"/> Ein- und Nachfliegen <input type="checkbox"/> Bedarfsflüge, welche? <input type="checkbox"/> Erprobungsflüge <input type="checkbox"/> Prüfflüge nach Reparaturarbeiten <input type="checkbox"/> Rettungsflüge / Notfalleinsätze <input type="checkbox"/>		
6. In welchen Ländern / Kontinenten fliegen Sie?			

<p>7. Fliegerärztliche Untersuchung, zuletzt am:</p> <p>Sind bei der Untersuchung irgendetwas pathologische oder normabweichende Befunde erhoben worden?</p> <p>Falls ja, welche:</p> <p>.....</p>	<p>Flugtauglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Tauglichkeitsgrad:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bitte das letzte fliegerärztliche Zeugnis beifügen! (Untersuchungsbefund <u>und</u> Ergebnis).</p>	
<p>8. Sind Sie Fluglehrer?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, für <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>9. Transportieren Sie gefährliche Güter? (z.B. Sprengstoff, leicht entzündliche Stoffe;) (Wenn ja, welche?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>10. Sind Sie auch Privatpilot, Hobbyflieger, Luftsportgeräteführer,?</p> <p>Wenn ja, welche Flugzeugtypen / Fluggeräte fliegen Sie bzw. beabsichtigen Sie ggf. zu fliegen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Motorflugzeug <input type="checkbox"/> Segelflugzeug <input type="checkbox"/> Motorsegler <input type="checkbox"/> Hubschrauber <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Gleitschirm / Paragliding <input type="checkbox"/> Ultraleichtflieger <input type="checkbox"/> Drachenflieger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>11. Nehmen Sie an Kunst- / Rekordflügen teil? (Wenn ja, bitte nähere Angaben)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>12. Sind Sie Fallschirmspringer?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>13. Haben Sie durch das Flugrisiko bereits Verletzungen oder Unfälle erlitten? (Wenn ja, bitte nähere Angaben)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>14. Ergänzende Angaben / Informationen:</p>		
<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, daß unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.</p>		
<p>_____</p> <p>Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers</p>