

Bitte senden an:

JODEXNIS Versicherungsmakler GmbH
Breite Straße 6-8
30159 Hannover

oder per FAX an:

0511 - 35 39 85 66

Antrag für Versicherung:

AirCover - Piloten Unfall

Persönliche Daten

Anrede _____
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ, ORT _____
Telefon _____

Konto-Nr. _____
Bankleitzahl _____
Institut _____
Kontoinhaber _____

Anmerkungen/Fragen

Produktfragen

Bitte geben Sie die gewünschte Versicherungssumme bei Todesfall ein:

Betrag:

[] Betrag in Euro

Bitte geben Sie die gewünschte Gesamtauszahlungssumme bei Invalidität ein:

Betrag:

[] Betrag in Euro

Bitte geben Sie die Höhe des gewünschten Tagegeldes ein:

Betrag:

[] Betrag in Euro

Ab wann sollte der Versicherungsschutz gelten?

Datum:

[] [] []

(Tag | Monat | Jahr)

Bitte benennen Sie die zu versichernde Person mit Anschrift

VN:

Ausgeübter Beruf mit Angabe zum Flugrisiko

Beruf:

Art der Luftfahrtbestätigung und der Lizenz

Lizenz:

Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum (das der zu versichernden Person) an:

Geburtstag:

[] [] []

(Tag | Monat | Jahr)

Für Rückfragen erreichen Sie uns unter:
Telefon +49 (0)511 - 35 39 85-60 /-80
per Fax +49 (0)511 - 35 39 85-66 /-88
per E-Mail info@jodexnis.de

© JODEXNIS Versicherungsmakler GmbH