

# Fragebogen BERUFSFLUGRISIKO Flugzeugführer/Hubschrauberführer

## Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

### Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG

### Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

1. Für welchen Fluggerätetyp haben Sie einen Luftfahrerschein?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Flugzeug                         | <input type="checkbox"/> Motorsegler        | <input type="checkbox"/> Freiballon       |
| <input type="checkbox"/> Hubschrauber                     | <input type="checkbox"/> Hängegleiter       | <input type="checkbox"/> Sprungfallschirm |
| <input type="checkbox"/> Luftschiff                       | <input type="checkbox"/> Ultraleichtflieger | <input type="checkbox"/> Segelflugzeug    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angabe): |   |   |

2. Welche/n Luftfahrerschein/e besitzen Sie?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATPL-A                           | <input type="checkbox"/> PPL-H   | <input type="checkbox"/> Segelflugzeugführer |
| <input type="checkbox"/> ATPL-H                           | <input type="checkbox"/> Freiballonführer gewerblich                                     | <input type="checkbox"/> SPL mit Eintrag:    |
| <input type="checkbox"/> CPL-A                            | <input type="checkbox"/> Freiballonführer privat   | <input type="checkbox"/> Ultraleichtflug     |
| <input type="checkbox"/> CPL-H                            | <input type="checkbox"/> Luftschiffführer  | <input type="checkbox"/> Hängegleitflug      |
| <input type="checkbox"/> PPL-A                            | <input type="checkbox"/> Flugtechniker/Bordwart auf Hubschraubern Polizei/Bundespolizei) | <input type="checkbox"/> Gleitsegelflug      |
| <input type="checkbox"/> PPL-N                            |  | <input type="checkbox"/> Fallschirmsprung    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angabe): |  |  |

3. Welche beruflichen flugbezogenen Berechtigungen haben Sie?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Instrumentenflug                 | <input type="checkbox"/> Kunstflug                     | <input type="checkbox"/> Testflug                |
| <input type="checkbox"/> Langstreckenflug                 | <input type="checkbox"/> Streu-/Sprühflug              | <input type="checkbox"/> Einweisungsberechtigung |
| <input type="checkbox"/> Nachtflug                        | <input type="checkbox"/> Ausbildungs-/Lehrberechtigung |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angabe): |  |  |

4. Bei den für Ihre berufliche Betätigung als Pilot erforderlichen Lizenzen, Berechtigungen, Anerkennungen oder Genehmigungen handelt es sich um:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> nationale Lizenz, Berechtigung etc. | <input type="checkbox"/> JAR-FCL Lizenz, Berechtigung etc. | <input type="checkbox"/> ICAO-Lizenz, Berechtigung etc. |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angabe):    |  |   |

5. Enthalten die für Ihre Berufsausübung als Pilot notwendigen Lizenzen, Berechtigungen, Anerkennungen, Genehmigungen oder Zeugnisse Einschränkungen wie z.B. eine Einschränkung der Musterberechtigung/Operational Multicrew Limitation/OML oder Anerkennungen/Berechtigungen für besondere Zwecke (z.B. JAR-FCL 1.017)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein, keinerlei Einschränkungen | <input type="checkbox"/> Ja, welche?: _____ |
|--|---|

6. Die für die Erhaltung der Lizenz erforderlichen flugmedizinischen Untersuchungen werden durchgeführt in:

- Deutschland
  einem JAA-Mitgliedsstaat
  Sonstigen Staaten  
 In welchem? \_\_\_\_\_ In welchem? \_\_\_\_\_

7. Beabsichtigen Sie, zusätzliche Erlaubnisse und Berechtigungen zu erwerben?

- Nein  
 Ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Sind Sie als Fluglehrer tätig?

- Nein  
 Ja  
 nebenberuflich  
 hauptberuflich

9. Üben Sie eine der folgenden fliegerischen Betätigungen aus (auch Mehrfachnennung):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personenbeförderung          | <input type="checkbox"/> Linienflug            | <input type="checkbox"/> Expressflug   |
| <input type="checkbox"/> Notfalleinsätze/Rettungsflug | <input type="checkbox"/> Charterflug           | <input type="checkbox"/> Firmenflug  |
| <input type="checkbox"/> Frachtflug, Cargoflug        | <input type="checkbox"/> Ambulanzflug          | <input type="checkbox"/> Inspektionsflug (Luftbildflug/Kartographie/<br>Pipelineüberwachung) |
| <input type="checkbox"/> Reklameflug/Bannerflug       | <input type="checkbox"/> Geschäftsreiseverkehr |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (welche?) _____     |  |  |

Die angegebenen Flüge werden durchgeführt:

- nach Bedarf
  nach festem, veröffentlichtem Flugplan

10. Befördern Sie gefährliche Güter (Waffen, Munition, Sprengstoffe)?

- Nein  
 Ja, bitte genau angeben: \_\_\_\_\_

11. Fliegen Sie außerhalb Europas?

- Nein  
 Ja, bitte genaue Länder angeben: \_\_\_\_\_

12. Status Ihrer Beschäftigung?

Selbständig seit:  Monat  Jahr

Name und Anschrift Ihres Luftfahrtunternehmens/-betriebes:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Angestellt seit:  Monat  Jahr

Name und Anschrift des Arbeitgebers:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vollzeit  
 Teilzeit – Umfang:  %

unbefristetes Arbeitsverhältnis  
 befristetes Arbeitsverhältnis – bis  Monat  Jahr

Tariflich vorgesehene Altersgrenze:  Lebensjahr

Tariflich vereinbarte Jahresflugstunden:  Stunden

Anzahl Freimonate pro Jahr:  Monate

13. Hatten Sie jemals einen Flugunfall oder waren Sie jemals verwickelt in die Verletzung bestehender Flugvorschriften?

- Nein
  Ja – bitte genaue Angaben  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?  
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt.  Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben.  Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)