

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zum Flugrisiko

1. Welche Fluglizenz(en) besitzen Sie?

PPL-\_\_\_\_\_  CPL-\_\_\_\_\_  ATPL-\_\_\_\_\_

weitere? \_\_\_\_\_

Erstellungsdatum:  zuletzt erneuert am:

Machen Sie hier bitte Angaben zu Ihren absolvierten Flugstunden:

Gesamt bis heute: \_\_\_\_\_ Stunden

in den letzten 12 Monaten: \_\_\_\_\_ Stunden

voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten: \_\_\_\_\_ Stunden

2. Welche Flugaktivitäten üben Sie aus?

- Motorflug  Hubschrauberflug  Segelflug  
 Ballonfahrt  Drachenflug/Deltasegeln  Skysurfen  
 Werbe-/Reklameflüge  Schädlingsbekämpfung  Hagelbekämpfung  
 Gleitschirmfliegen / Pago-Jet-Gliding / Paragliding, -sailing, -ballooning  
 Ultraleichtflug  
 geschlossene, dreiachsgesteuerte Flugzeuge mit Komplettrettungssystem  
 sonstige Ultraleichtflugzeuge  
 Ultraleichthubschrauber

3. Sind Sie als Fluglehrer tätig?  nein  ja

Falls ja:  nebenberuflich  ehrenamtlich  hauptberuflich

4. Beabsichtigen Sie in der Zukunft andere Flugsportarten auszuüben?  nein  ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Welche Flugzeugtypen / -geräte fliegen Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Üben Sie eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Aktivitäten aus?  nein  ja

Falls ja, welche?

Rekordflüge  Akrobatikflüge  Kunstflüge  
 andere (machen Sie hier bitte detaillierte Angaben dazu) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Fliegen Sie außerhalb Europas?  nein  ja

Falls ja, wo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Hatten Sie jemals einen Flugunfall oder waren Sie jemals verwickelt in die Verletzung bestehender Flugvorschriften?  nein  ja

Falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x