

Risikoerfassungsbogen Loss of License Versicherung

Vorname

Nachname

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Beruf

Telefon

Mobil

Fax

E-Mail

Arbeitgeber - Fluggesellschaft

Diensteintritt - Datum

Berufsgruppe

Cockpit

Kabine

Fluglehrer

Fluglotse

Flugschüler

Jahresbruttoeinkommen

EUR

Versicherungsbeginn

Absicherung bei vollständiger Berufsunfähigkeit

EUR

Absicherung bei Unfalltod

EUR

Terroreinschluss

gewünscht

nicht gewünscht

Tagegelder

gewünscht

nicht gewünscht

ab dem 29. Tag

ab dem 43. Tag

ab dem 60. Tag

ab dem 90. Tag

ab dem 180. Tag

ab dem 365. Tag

Senden Sie den ausgefüllten Risikofragebogen per Mail an die service@debray-kanzlei.de
oder per Fax an die 05502 91120-33.

Sie erhalten innerhalb von 24 Stunden unser Angebot!