

# Anmeldung zur Versicherung „RC-Flug-Transportschutz“



Bitte ausgefüllt und unterschrieben an:

DMFV Service GmbH  
Rochusstr. 104-106  
53123 Bonn

oder Fax: 0228-97 85 060  
oder als Scan per E-Mail: [vertrieb@dmfv.aero](mailto:vertrieb@dmfv.aero)

Ja, ich beantrage Aufnahme in die Gruppenversicherung der DMFV Service GmbH für den Transport meiner Flugmodelle in meinem Fahrzeug zum Großkudentarif bei HDI.

Vorname: \_\_\_\_\_ Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ DMFV-Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Aktuelles KFZ-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

KFZ-Versicherer und Versicherungsscheinr.: \_\_\_\_\_

## Bitte ankreuzen:

Versicherungssumme 5.000,00 Euro für 35,00 Euro pro Jahr inkl. Versicherungssteuer

Versicherungssumme 10.000,00 Euro für 50,00 Euro pro Jahr inkl. Versicherungssteuer

Sollten Sie eine höhere Deckungssumme wünschen, rufen Sie uns an.

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_ (immer der 1. eines Monats)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Wichtige Hinweise

Die Versicherung „RC-Flug-Transportschutz“ ist nur in Verbindung mit einer Mitgliedschaft im Deutschen Modellflieger Verband e. V. möglich. Es handelt sich immer um einen Jahresbeitrag pro Kalenderjahr. (Es empfiehlt sich daher die Anmeldung zum 1.1. eines Jahres). Endet die Mitgliedschaft im DMFV, gilt die RC-Flug-Transportschutz noch bis zum 31.12. des Jahres der Kündigung.

# Anmeldung zur Versicherung „RC-Flug-Transportschutz“



## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

DMFV Service GmbH, Rochusstraße 104-106, 53123 Bonn  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000373692  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die DMFV Service GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DMFV Service GmbH auf mein/auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname/Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nach erfolgter Prüfung und Annahme dieser Anmeldung erhält der Antragsteller von der DMFV Service GmbH eine Prämienrechnung und eine Versicherungsbestätigung. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die erfolgte und vollständige Beitragszahlung durch den Antragsteller.