

VERSICHERUNGSEINSCHREIBEFORMULAR

Hiermit erkläre ich die individuelle - sowie die Haftpflichtversicherung der VoE SKYDIVE SPA zu den Bedingungen der Police Nr. **14020886** zu unterzeichnen.

NAME: VORNAME:

Geboren zu am/...../.....

Staatsbürgerschaft:

Nationale Registernummer :

Beruf:

Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Hauptwohnsitz:

Telefonnummer, Privat: Handy:

Email Adresse:

Im Todesfall bezeichne ich als etwaiger Nutznießer obiger Police:

(In Druckbuchstaben) H/F

Adresse:

Hiermit erkläre ich von den internen Bestimmungen Kenntnis genommen zu haben, welche ich ohne Vorbehalt annehme.

Ausgestellt zu: SPA den/...../20.....

(Ausgeschrieben: **gelesen und genehmigt**)

Unterschrift
(Versicherungsnehmer)

**Für den Minderjährigen,
Unterschrift der Eltern oder des Vormundes,**