VERSICHERUNGSBESTÄTIGUNG

Unfallschutz für Funktionäre und angestellte Trainer

Die unterfertigte Versicherungsgesellschaft bestätigt, dass bei ihr für:

Vor- / Zuname: ..... Geb-Dat: .....

Tel: ..... Mail: .....

PLZ / Ort / Straße: .....

Bundesland: ..... Verein: .....

eine Unfallversicherungspolizze mit folgenden Mindestdeckungssummen für die Zeit ab Ausstellung der Deckungsbestätigung bis **31.03.2023** besteht:

Polizzennummer		
.....		
Dauerinvalidität (ab 15 % Ganzkörperinvalidität)	EUR	75.000,-
Maximalleistung bis	EUR	300.000,-
Bergungskosten	EUR	15.000,-
Behandlungskosten im Ausland (bei Krankheit und Unfall)	EUR	75.000,-
Unfalltod	EUR	5.000,-
Rückholkosten	unbegrenzt	
TOP-SERVICE	inkludiert	

Mit der Unterfertigung dieser Deckungszusage bestätigt das gefertigte Versicherungsunternehmen unbeschadet vom Termin der Prämieneinzahlung für die zugrunde liegende Polizze den aufrechten Versicherungsschutz und die Deckung aller sich daraus ergebenden Ansprüche.

Damit bei Schadenfällen im Ausland eine rasche und unkomplizierte Abwicklung sowie Direktverrechnung der stationären Kosten bzw. ein medizinisch notwendiger Rücktransport eingeleitet werden kann:

Bitte um Angabe einer 24-Stunden Hotline (auch am Wochenende): .....

Die unterfertigte Versicherungsgesellschaft bestätigt weiters, dass sie für die Zeit ab Ausstellung der Ver-sicherungsbestätigung bis 31.03.2023 auf jegliche Kündigung der vorangeführten Polizze verzichtet.

....

Versicherungsunternehmen (Stempel / Unterschrift)
(Bestätigungen von Maklern und Versicherungsagenturen werden nicht angenommen)

Name Funktionär/angestellter Trainer (Unterschrift)

....

Ort/Datum Ort/Datum