

ANTRAG AUF BEFRISTETE MOTORRAD-VERSICHERUNG AIU * Rieslingstr.40 * 65207 Wiesbaden / Bikeworld Travel Detmold
(Temporary U. S. Motorcycle Insurance Program) Tel: 06106 16960 / Fax 06106 13520

Gewünschte Laufzeit

(Coverage Period Desired)

1 Monat

2 Monate

3 Monate

4 Monate

5 Monate

6 Monate

Versicherungsbeginn _____

(Effective Date)

Dauer des Aufenthaltes in den USA/Kanada _____

(Length of stay in the USA/Canada)

Telefonnummer _____

(Telephone Number)

Fahrzeughalter & Versicherungsnehmer _____

(Registered Owner & Named Insured)

Geburtsdatum _____

(Date of Birth)

Ständiger Wohnsitz _____

(Permanent Home Address)

Vorübergehende Anschrift in den USA _____

(Temporary Home Address)

Sind Sie Mitglied des *Motorcycle of America* oder *American Motorcycle Association* ? JA/NEIN

(Are you a member of ...)

Hatten Sie früher schon eine Motorradversicherung bei AIU ? Falls ja, bitte Policennummer angeben : _____

(Have you had Motorcycle Insurance with AIU in the past ? If yes, give policy number)

Fahrzeugbeschreibung: Falls nicht bekannt, informieren Sie AIU Wiesbaden Fax # 01149-6122-8993, unverzüglich nach Kauf !

(Vehicle description: If not available now, inform AIU Wiesbaden, Fax # 011 49 -6122 -8993 , immediately after purchase !)

Baujahr _____

(Year Model)

Marke & Modell _____

(Make & Model)

Fahrgestellnummer _____

(Serial Number)

CCM _____

(Engine Size)

Zeitwert _____

(Current Value)

Staat/Land der Zulassung _____

(State or Country of Registration)

Kennzeichen _____

(Lic. Plate No.)

Besuch folgender Länder

(Countries visited)

USA

Kanada

Gewünschte Deckung:

(Coverage desired)

Haftpflicht - Deckungssumme \$ 50.000,- für Personen- und Sachschäden pro Unfall plus \$ 2.000,- Arzt und Heilkosten

(Liability - Limits \$ 50.000,- per accident Bodily Injury/Property Damage, including \$ 2.000,- Medical Payments)

Haftpflicht (wie oben beschrieben) inkl. Vollkaskodeckung mit Feuer, Diebstahl, Vandalismus, Zusammenstoß mit einer

Selbstbeteiligung von \$ 500,- sowie einer Zubehörversicherung von \$ 1.000,-

(Liability as described above, with Fire, Theft, Vandalism and Collision Coverage with a Ded. of \$ 500,- incl. \$ 1.000,- Accessories coverage.)

Deckung für 'nicht haftpflichtversicherte Fahrzeuge'-Personenschäden mit einer Deckungssumme von \$ 25.000,- pro Unfall und Sachschäden mit einer Deckungssumme von \$ 10.000,- pro Unfall.

(Uninsured Motorists Coverage - Bodily Injury subject to a limit of \$ 25.000,- and Property Damage subject to a limit of \$ 10.000,-)

Sollten Sie am Abschluß dieser Deckung nicht interessiert sein, bitte hier unterschreiben: _____

Mitfahrerhaftpflicht - Deckungssumme \$ 5.000,- pro Ereignis.

(Guest Passenger Liability - Limits \$ 5.000,- per occurrence)

Sollten Sie am Abschluß dieser Deckung nicht interessiert sein, bitte hier unterschreiben: _____

Führen Sie alle Fahrer auf, von denen Sie annehmen, daß sie das Motorrad während der Versicherungslaufzeit benutzen werden:

(List all drivers, of who you think, will use the motorcycle during policy period)

Name Führerscheinnummer (Name)	Geschlecht (Sex)	Familienstand (Marital Status)	Geburtsdatum (Date of Birth)	(Drivers LicenseNumber)
1. _____				
2. _____				
3. _____				

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

(Please answer following questions)

Waren Sie oder einer der aufgeführten Fahrer innerhalb der letzten 3 Jahre an mehr als einem Kfz-Unfall beteiligt ?

JA/NEIN

(Have you or any driver listed above been involved in more than one motor vehicle accident in the past three years ?)

Hat es eine Versicherungsgesellschaft abgelehnt Sie oder einen der aufgeführten Fahrer innerhalb der letzten 3 Jahre zu versichern ?

JA/NEIN

(Have you or any driver listed above had automobile insurance declined or canceled in the past three years ?)

Sind Sie oder einer der oben aufgeführten Fahrer unter 21 Jahre oder über 70 Jahre ?

JA/NEIN

(Are you or any driver listed above under 21 years of age or over 70 years of age ?)

Hat das im Antrag beschriebene Motorrad bestehende oder sicherheitsgefährdende Mängel ?

JA/NEIN

(Does the described motorcycle have any existing damage or other safety deficiency ?)

Haben Sie oder einer der Fahrer dieses Fahrzeuges eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung ?

JA/NEIN

(Do you or does any driver of this vehicle have physical or mental deficiency or impairment ?)

Ist Ihnen oder einem der aufgeführten Fahrer der Führerschein entzogen, eingezogen oder verweigert worden ?

JA/NEIN

(Have you or any driver listed had a license revoked, suspended or refused ?)

Haben Sie oder einer der oben aufgeführten Fahrer einen Wohnsitz in den USA oder Kanada ?

JA/NEIN

(Are you or is any driver listed have a permanent residence in the USA or Canada ?)

Sind Sie oder einer der aufgeführten Fahrer Staatsbürger der USA oder Kanada ?

JA/NEIN

(Are you or is any driver listed a U. S. or Canadian citizen ?)

Ist das Fahrzeug in Massachusetts, New Jersey, South Carolina oder North Carolina zugelassen ?

JA/NEIN

(Is the vehicle registered in Massachusetts, New Jersey, South Carolina or North Carolina ?)

Sind Sie oder einer der aufgeführten Fahrer wegen Trunkenheit am Steuer oder Fahrerflucht verurteilt worden ?

JA/NEIN

(Are you or any driver listed been convicted of driving under the influence of alcohol (DUI,DWI) or hit and run ?)

Ist das Fahrzeug ein Sport- Gelände-, Trike-, Eigenbau- oder Hochleistungsmotorrad ?

JA/NEIN

(Is the vehicle considered a Sports-, Off-Road-, 3-Wheeled-, Self-Constructed- or High Performance Motorcycle ?)

Ist das Fahrzeug gemietet oder ausgeliehen ?

JA/NEIN

(Is the vehicle rented or borrowed ?)

Hiermit bestätige ich, daß die vorstehend gemachten Angaben wahr sind und erkläre, daß ich keinerlei Informationen irgendwelcher Art vorenthalten habe, welche möglicherweise die Genehmigung dieses Antrages beeinflussen könnten. Ich bin mir darüber im Klaren, daß jegliche von mir gemachten Falschangaben einen Bruch der Garantie darstellen und die Police dadurch nichtig wird. Ich bin damit einverstanden, daß dieser Antrag die Grundlage der Police zwischen mir und der Gesellschaft bzw. den Gesellschaften darstellen soll. Ich weiß, daß diese Police 30, 60, 90, 120, 150, 180 Tage, je nach dem auf der Rückseite des Formulars gewählten Zeitraum des Versicherungsschutzes, nach Eingang des Antrags und der vollen Prämienzahlung bei der Gesellschaft bzw. zu einem ggf. angegebenen späteren Zeitpunkt erlischt.

(I hereby warrant the truth of the above statements, and declare that I have not withheld any information whatever which might tend to influence the acceptance of this application. I understand that any false statement by me will constitute a breach of warranty and cause the policy to be void. I agree that this application shall be the basis of the Policy between me and the Company(s). I understand that this policy expires 30, 60, 90, 120, 150, 180 days, depending on the period of coverage selected on the reverse side of this form after the application and full premium payment are received by the Company, or at a later date specified.)

Unterschrift des Antragstellers _____

Datum _____