

Forsikrede

Navn	Cpr.nr.
Adresse	Postnr. og by
E-mail	Telefon nr.
Stilling	Arbejdsgiver

Jeg opfylder de helbredskrav, der er fastsat for at få udstedt og bevare certifikat for min stillingskategori jf. "Bestemmelser for Civil Luftfart"

Ja Nej

Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted.

Jeg er opmærksom på, at jeg ikke har ret til præmiefritagelse, udbetaling ved nedsat erhvervsevne eller udbetaling ved tab af certifikat for en forsikringsbegivenhed, der er indtrådt før tegningstidspunktet.

Underskrift

Dato	CPR-nr
Underskrift	