



KFZ-VERSICHERUNG FÜR USA UND KANADA (MOTORRÄDER)

- Bitte senden Sie den Antrag ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.
- Den zweiten Teil des Fragebogens (Original-Antrag DAIRYLAND) unterschreiben Sie bitte nur und senden ihn mit Datum versehen (unter Punkt 6) unausgefüllt an uns zurück.
Die Rücksendung ist auch per E-Mail oder Fax möglich.
- Die Versicherungsbeiträge entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Prämientabelle.
- Sobald Antrag und Prämienzahlung vorliegen, wird die Ausstellung der Police veranlasst.
- Bearbeitungszeit ca. 10 Tage

Bitte bedenken Sie, dass je nach Bundesstaat zwischen 25 und 30% der dort fahrenden Fahrzeuge gar nicht oder nur unzureichend versichert sind.

INFORMATIONEN

- Bitte überweisen Sie die Versicherungsprämie auf unser Konto bei der HypoVereinsbank:
IBAN: DE28 2003 0000 0000 4291 34, SWIFT/BIC: HYVEDEMM300
- Für Zahlungen mit Master oder VISA Card füllen Sie bitte das unten stehende Formular für Kreditkartenzahlung aus und senden es per Post oder Telefax (**nicht per E-Mail**) an unser Büro zurück.
- Weitere Reise-Zusatzversicherungen erhalten Sie ebenfalls über uns.
Bitte fordern Sie entsprechende Unterlagen bei Bedarf an.



INFORMATIONEN FÜR USA UND KANADA (MOTORRÄDER)

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ:

A) Haftpflichtversicherung:

Die Deckungssumme beträgt US\$ 25.000 pro Person und US\$ 50.000 pro Schadenfall inkl. US\$ 10.000 für Sachschäden. Die „Uninsured-Motorist-Deckung“ ist eingeschlossen. Bitte beachten Sie, dass die gesetzlichen Deckungssummen in den USA zum Teil sehr gering sind.

B) Haftpflicht und Kasko (Teil- und Vollkasko):

Zusätzlich zur Haftpflichtversicherung wird eine Kaskoversicherung (Teil- und Vollkasko) gewährt.

Die maximale Entschädigungssumme für Kaskoschäden beträgt € 20.500 pro Motorrad, wobei das Maximum für Zubehör und Veredelung € 2.500 beträgt. Die Selbstbeteiligung pro Schadenfall beträgt € 500.

Der Abschluss einer Transportversicherung für Motorräder von Orten Europas nach Orten in den USA/Kanada nebst Rücktransport wird von uns angeboten und empfohlen. Die Deckungssummen sind analog zur Kaskodeckung.

Bitte beachten Sie, dass in den USA 25 bis 30% aller Fahrzeugführer gar nicht oder nicht ausreichend versichert sind.

Dieses Risiko kann zum Teil durch die „Uninsured Motorists Coverage“ abgedeckt werden. Dieser Versicherungsschutz ist in der Haftpflichtdeckung automatisch versichert.

WER WIRD VERSICHERT:

Grundsätzlich sind nur die in der Police genannten Personen versichert. Deshalb sind in dem Antrag die in Frage kommenden Fahrer mit ihren Geburtsdaten aufzuführen. Generell sind alle Personen im Alter zwischen 18 und 80 Jahren, die eine gültige Fahrerlaubnis besitzen, versicherbar. Ehegatten gelten automatisch mitversichert.

WAS WIRD VERSICHERT:

Versichert werden Motorräder von Privatpersonen. Gemietete oder geliehene Fahrzeuge sind nicht versicherbar. Bei Gespannen rufen Sie uns bitte an.

VERSICHERUNGSDAUER:

Sie kann gewählt werden von 1 bis 6 Monaten – siehe auch Prämientabelle. Sollten Sie für einen längeren Zeitraum Versicherungsschutz benötigen, rufen Sie uns bitte an.

Eine Aufhebung der Police ist nicht möglich.

PRÄMIEN:

Die Prämien entnehmen Sie den auf dieser Website einsehbaren Prämientabellen. Berücksichtigen Sie bitte die Policengebühr in Höhe von € 45. Schadenfreiheitsrabatte können nicht gewährt werden.

PRÄMIENZAHLUNG:

Die Prämie zahlen Sie bitte per Überweisung auf unser Konto bei der HypoVereinsbank unter dem Stichwort „USA Motorrad“

IBAN: DE28 2003 0000 0000 4291 34

SWIFT/BIC: HYVEDEMM300

Alternativ können Sie das unten stehende Formular zur Kreditkartenzahlung verwenden.

ANTRAG:

Bitte senden Sie die Anträge ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück. Geben Sie alle Fahrer unbedingt mit Geburtsdatum an. Füllen Sie die Anträge sehr sorgfältig aus. Benutzen Sie nur große Druckbuchstaben und schreiben Sie Umlaute wie z.B. Ä als AE.

Bitte beachten Sie, dass die Haftpflicht- und die Vollkasko/Transportversicherung auf zwei verschiedenen Formularen beantragt werden muss.

Sollten Sie keinen internationalen Führerschein besitzen, tragen Sie bitte die Nummer Ihres nationalen Führerscheins ein.

POLICE:

Nach Antrags- und Zahlungseingang wird Ihnen Ihre Police umgehend per E-mail zugestellt. Bitte berücksichtigen Sie eine kleine Frist bei der Antragstellung. In eiligen Fällen können wir auch kurzfristig Versicherungsschutz gewähren. Rufen Sie uns an.

SCHÄDEN:

Um keine Fristen zu versäumen, melden Sie bitte den Schaden am Schadentag dem Claim-Adjuster unter der in der Police angegebenen Telefonnummer. Alle Schadenunterlagen müssen in Englisch abgefasst sein. Die Schadenabwicklung wird direkt vom Versicherer in den USA vorgenommen. Dies gilt nur für Haftpflichtschäden.

Kaskoschäden (Schaden an Ihrem Fahrzeug, der von Ihnen verursacht wurde) melden Sie bitte unverzüglich der Firma TourInsure.

Sollte die Schadenmeldung nicht innerhalb von 24 Stunden erfolgen, kann der Versicherungsschutz komplett entfallen.

FAHRZEUGKAUF IN DEN USA:

Bei der Frage im Antrag nach den Fahrzeugdaten rufen Sie uns bitte an.

In **Mexico** gilt diese Police nicht. Entsprechenden Versicherungsschutz erhalten Sie direkt an der Grenze nach Mexico.

BITTE UNBEDINGT BEIFÜGEN (VON ALLEN FAHRERN):

- Kopie Reisepass
- Kopie Führerschein
- Kopie Zulassung
- Name, Adresse, Tel.-Nr. vom Transportunternehmen
- Abgangs- und Ankunftsdatum
- Abgangs- und Ankunftsort
- Wer soll im Falle eines Unfalls benachrichtigt werden? (Adresse u. Tel.-Nr.)
- Verbleibt das Fahrzeug in USA/Kanada? (Falls ja, wo?)

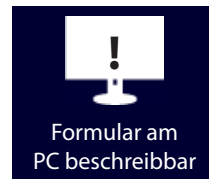
M FOREIGN RESIDENCE ONLY (FRO-POLICY)

Coverage to be effective:

Versicherungsbeginn:

from: _____
Day Month Year

to: _____
Day Month Year (Ablauf 00:01 Uhr)



Name of Applicant: _____

Name des Antragstellers:

Date of Birth: _____

Geburtsdatum: Day Month Year

Mailing Address: _____

Anschrift:

Marital Status: _____

Familienstand:

Phone Number: _____

Telefonnummer:

E-Mail: _____

International Driver's Licence No.: _____

Nummer des Internationalen Führerscheins:

Authorized Driver:

Berechtigte Fahrer:

No. Nr.	Name Nachname	First Name Vorname	Date of Birth Geb. Datum	International Driver's Licence No. Internationaler Führerschein Nr.
1.				
2.				

Description of Vehicle to be insured:

Beschreibung des zu versichernden Fahrzeugs:

Year Baujahr	Make Hersteller	Type Typ	Chassis Number Fahrgestellnummer	ccm Hubraum

Coverage:

Deckungsumfang:

Liability only

Nur Haftpflicht

Bodily Injury \$ 25.000 per person
Bodily Injury \$ 50.000 per accident
Property Damage \$ 10.000
Personen- und Sachschäden

Visited Countries:

USA

Kanada

Signed Applicant _____

Unterschrift Antragsteller

Please sign by hand! Bitte per Hand unterschreiben!

Date: _____

Day Month Year

M ERLÄUTERUNGEN ZUR FRO-POLICY

I fully understand and agree:

The insurance provider does not assume liability until the application form has been signed by the applicant and until the insurance provider has approved the application.

I understand that no liability will be assumed if this application contains any false information, omissions or misrepresentations with regard to the contingency risk.

The adjustment of claims will generally be carried out by the insurance provider.

Each claim has to be asserted within 24 hours. This can be done by phone using the telephone number stated in the policy. If the claim is not reported in due time, insurance coverage can be denied.

In all cases, the text of the American insurance provider is binding.

TourInsure GmbH is solely acting as a broker for the insurance coverage and does not assume any liability for the fulfilment of the contract.

Hiermit bestätige ich:

Es wird keine Deckung übernommen, bevor der Antragsteller den Antrag unterschrieben und der Versicherer dem Antrag zugestimmt hat

Mir ist bekannt, dass keine Deckung gewährt wird, wenn dieser Antrag falsche Angaben, Unterlassungen oder falsche Darstellungen hinsichtlich des zu versichernden Risikos enthält.

Die Schadenregulierung erfolgt grundsätzlich über den Versicherer.

Jeder Schadenfall ist innerhalb von 24 Stunden dem Versicherer zu melden. Die Meldung kann telefonisch unter der in der Police angegebenen Telefonnummer erfolgen. Wird der Schaden nicht fristgerecht gemeldet, kann der Versicherungsschutz komplett entfallen.

In allen Fällen gilt der Text des amerikanischen Versicherers.

Die Firma TourInsure GmbH ist ausschließlich als Vermittler des angebotenen Versicherungsschutzes tätig. Eine Haftung für die Vertragserfüllung durch den Versicherer wird nicht übernommen.

THIS POLICY IS NON-RENEWABLE

6. Application Acknowledgement and Agreement

The policy applicant acknowledges and agrees:

No coverage can be bound unless the total premium due accompanies this signed and properly completed application. If the bank does not honor my premium remittance or the Company is unable to collect premium payment from my credit card company, no coverage will be afforded under this application or policy.

Coverage cannot be effective earlier than the date listed on the application.

I acknowledge that I have been offered Medical Expense Insurance with a limit of at least \$1,000.

I acknowledge that I have been offered Underinsured Motorist Insurance with limits of at least \$50,000/\$100,000.

My policy will not provide any coverage while the motorcycle is transported to or from the United State of America. Coverage will begin on the effective date listed on this application. Coverage only applies when the motorcycle is in my care, custody or control, regardless of the port of entry. I understand that nothing in this statement excludes coverage provided by this policy should I choose to enter any Canadian Province while driving or transporting the motorcycle listed on this application provided the motorcycle is in my care, custody or control.

My policy contains certain exclusions, coverage for certain individuals, and provides only the coverages I have purchased. The coverage summaries provided in this application are for reference only. I will refer to my policy for a complete coverage explanation.

I further understand that, in the event of a loss, any payment under physical damage coverage is based on the U.S. market value of like kind and quality cycles at the time of loss.

I UNDERSTAND THAT THIS POLICY MAY BE CANCELLED IF THIS APPLICATION CONTAINS ANY FALSE STATEMENT, OMISSION OR MISREPRESENTATION THAT WOULD HAVE OTHERWISE ALTERED THE COMPANY'S EVALUATION OF THE NAMED INSURED.

I further understand that my policy coverage will be in force only for the number of days indicated on this application. If I desire insurance coverage after the expiration of this policy, I understand that I must contact the agent from whom I purchased this policy to request a new policy.

SIGNED:

Applicant: _____

Date: _____

(dd/mm/ccyy)

Agent Signature: _____

Date: _____

(dd/mm/ccyy)

7. Payment: (please check one)

International Money Order

Visa® MasterCard® Discover Card®

Card Number _____ Expiration Date _____

Cardholder Name _____

Total Amount to be Paid
--

\$ _____

In accordance with 6.10 WI Adm. Code you are informed that if you cancel this policy prior to expiration date, you may pay a substantial penalty. Upon your request to cancel, your return premium will be less than the pro rata premium.



ANTRAG FÜR EINE VOLLKASKO-VERSICHERUNG – USA UND KANADA (MOTORRÄDER)



Formular am
PC beschreibbar

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Land

Tel.

E-Mail

Gewünschten Versicherungsschutz bitte ankreuzen:

- Vollkaskoversicherung wird gewünscht für die Dauer von ___ Monat(en).
- Transportversicherungsschutz von Orten Europas nach Orten in USA/Kanada nebst Rücktransport per Lufttransportmittel auf einer Palette verzurrt, per Schiff in einem geschlossenen Transportbehältnis unter Deck einschließlich Vor- und Nachreise per Landtransportmittel.

Beide Versicherungsoptionen basieren auf den ADS 1973 in der Fassung von 1994.

Volle Deckung gilt vereinbart, exkl. Lack-, Schramm- und Politurschäden.

Geschriebene vor gedruckten Bedingungen.

Es gilt deutsches Recht, Gerichtsstand ist Hamburg.

Die maximale Entschädigungssumme pro versichertem Motorrad beträgt **€ 20.500**, wobei das Maximum für Zubehör und Veredelungen **€ 2.500** beträgt.
Der Selbstbehalt je Schadenfall beträgt jeweils **€ 500**.

Datum

Unterschrift



TOURINSURE AGENTUR FÜR
TOURISTENVERSICHERUNGEN GMBH

UNSERE PARTNER



PRÄMIEN FÜR DIE KFZ-VERSICHERUNG – USA UND KANADA (MOTORRÄDER)

(alle Prämien in €)

A) **Haftpflichtprämie** Hubraum in ccm

Monate	1 - 650	651 - 850	851 - 1.050	ab 1.051
1	160,00	160,00	180,00	190,00
2	260,00	270,00	290,00	310,00
3	340,00	360,00	390,00	410,00
4	430,00	460,00	490,00	510,00
5	540,00	560,00	600,00	630,00
6	640,00	670,00	720,00	750,00

B) **Vollkaskoprämien inkl. Haftpflicht** Hubraum in ccm

Monate	1 - 650	651 - 850	851 - 1.050	ab 1.051
1	290,00	290,00	310,00	320,00
2	480,00	490,00	510,00	530,00
3	650,00	660,00	700,00	720,00
4	830,00	850,00	890,00	910,00
5	1.020,00	1.050,00	1.090,00	1.120,00
6	1.220,00	1.240,00	1.300,00	1.330,00

Sollten Sie Versicherungsschutz für mehr als 6 Monate benötigen, rufen Sie uns bitte an.

Die Policengebühr beträgt € 45.

Die Prämie für die Transportversicherung des Motorrads von Orten Europas nach Orten in den USA und Kanada inkl. Rücktransport beträgt € 75.

Die Prämie mit der Policengebühr zahlen Sie bitte unter dem Stichwort MOTORRAD per Überweisung auf unser Konto bei der HypoVereinsbank, Graskeller 2, 20457 Hamburg:

IBAN: DE28 2003 0000 0000 4291 34

SWIFT/BIC: HYVEDEMM300

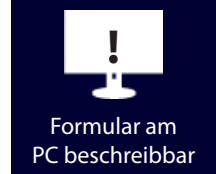
Alternativ können Sie bequem mit Ihrer Kreditkarte (Master oder Visa) zahlen, benutzen Sie hierfür bitte das unten stehende Formular.

FORMULAR FÜR KREDITKARTENZAHLUNG

Für Zahlungen per Kreditkarte füllen Sie bitte das Formular aus und übersenden es per Post oder per Fax an:

TourInsure Agentur für
Touristenversicherungen GmbH
Herrengraben 5
D-20459 Hamburg

Fax: +49 (0)40 / 25172121



Angaben zum Karteninhaber (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Land

Tel.

E-Mail

Verwendungszweck: _____
(Policennummer, Rechnungsnummer etc.)

Rechnungsbetrag in €: _____ zzgl. 3,6% Gebühren

Angaben zur Kreditkarte (bitte ankreuzen)

Master

Visa

Kreditkartennummer (16 Ziffern)

Ablaufdatum (4 stellig)

--	--	--	--

	/	
--	---	--

Sicherheitscode (3 oder 4 stellig rechts über der Unterschrift)

--

Hiermit autorisiere ich die Firma TourInsure Agentur für Touristenversicherungen GmbH, meine Kreditkarte mit dem o. g. Betrag zu belasten.

Datum

Unterschrift

Bitte nicht per E-Mail senden!