



KFZ-VERSICHERUNG FÜR USA UND KANADA (PKW, CAMPER, ANHÄNGER)

- Bitte füllen Sie den FRO-Fragebogen mit dem Zusatzfragebogen aus und senden ihn unterschrieben an uns zurück.
- Den SUNRISE-GROUP Fragebogen unterschreiben Sie bitte nur und senden ihn unausgefüllt an uns zurück.
- Die Prämien-Rechnung erhalten Sie direkt vom Versicherer zusammen mit dem Original der Police. Eine Kopie der Police erhalten Sie bereits vorab als pdf-Datei per E-Mail. Bitte teilen Sie uns Ihre E-Mail Adresse mit.
- Unsere Gebühr beträgt € 95, die Sie bitte bei Antragstellung auf unser Konto einzahlen.

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 (PKW, CAMPER, ANHÄNGER)

Der Versicherungsschutz:

Die Deckungssumme beträgt US\$ 500.000 für Personenschäden und US\$ 200.000 für Sachschäden. Ebenfalls sind mindestens US\$ 2.000 Heilkosten (für ambulante Behandlung für Fahrer und Beifahrer in Ihrem Fahrzeug) sowie US\$ 250.000 oder US\$ 500.000 Uninsured Motorists eingeschlossen. Diese Summen können je nach Bundesstaat, in dem Ihre Reise beginnt, variieren. Eine Deckung für Unfälle mit nicht versicherten Unfallgegnern (Uninsured Motorists) ist in der Haftpflichtdeckung enthalten.

Zusätzlich zur Haftpflichtversicherung wird für PKW eine Kaskoversicherung (Teil- und Vollkasko) gewährt. Basis ist der Zeitwert des Fahrzeugs. Im Schadenfall trägt der Versicherer die Reparaturkosten bis max. zum Zeitwert, bei Totalschaden wird der Zeitwert erstattet. Die Fahrzeuge dürfen bei Abschluss der Versicherung für Vollkasko nicht älter als 15 Jahre sein. **Bei Campingfahrzeugen ist Teil/Vollkasko nicht möglich.**

Es gelten grundsätzlich die Bedingungen des amerikanischen Versicherers. So sind z.B. Glasbruchschäden nicht versichert. Schäden mit Haarwild sind dagegen über die Vollkaskoversicherung eingeschlossen. Die Selbstbeteiligung beträgt US\$ 250 bei der Teilkasko- und US\$ 500 bei der Vollkaskoversicherung.

Für den Hin- und Rücktransport empfehlen wir den Abschluss einer Transportversicherung. Nähere Infos erfragen Sie bitte bei Ihrem Spediteur.

Wer wird versichert:

Grundsätzlich sind nur die in der Police genannten Personen versichert. Deshalb sind im Antrag die in Frage kommenden Fahrer mit ihren Geburtsdaten aufzuführen. Generell sind alle Personen im Alter zwischen 25 und 80 Jahren, die im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis sind, versicherbar. Sollte das 75. Lebensjahr überschritten sein, muss ein „medical report“ vom Arzt die Fahrtüchtigkeit bestätigen. Das Formular fordern Sie bitte bei uns an.

Was wird versichert:

Versichert werden grundsätzlich nur die eigenen Fahrzeuge. Anträge für Sportwagen wie Porsche oder andere hochwertige Fahrzeuge werden durch die Versicherer geprüft und können ggf. abgelehnt werden. Sind Fahrzeuge älter als 20 Jahre, benötigen die Versicherer unbedingt den zusätzlichen „mechanical report“. Bitte bei uns anfordern. Bei Campern brauchen wir ein Foto (Innen- und Außenbereich). Zum Camper umgebaute LKW werden nicht angenommen.

Versicherungsdauer:

Die Police wird generell für 1 Jahr vom Versicherer ausgestellt und berechnet. Sie verlängert sich automatisch, falls keine Kündigung von Ihnen erfolgt. Falls Sie eine kürzere Laufzeit benötigen, senden Sie eine Kündigung direkt an den Versicherer oder an uns. Wir können Ihre Kündigung weiterleiten. Sie erhalten dann einen Scheck über die Gutschrift. Die Minimum Laufzeit beträgt immer 3 Monate.

Prämien:

Die Prämie wird Ihnen direkt vom Versicherer berechnet, wenn die Police erstellt wird. Im Durchschnitt beträgt sie zwischen US\$ 500 und US\$ 1.000 jährlich (nur Haftpflicht). Ihre Schadenfreiheitsrabatte werden nicht angerechnet. Wir erheben eine Gebühr von € 95. Zahlen Sie diese bitte auf unser Konto bei:

HypoVereinsbank, Graskeller 2, Hamburg

IBAN: DE28 2003 0000 0000 4291 34

BIC/SWIFT Code: HYVEDEMM300

Alternativ können Sie unsere nachfolgende Kreditkartenaufreisetzung verwenden.

Antrag:

Bitte senden Sie den Antrag ausgefüllt und unterschrieben zu uns zurück. Die berechtigten Fahrer können Ehegatten und Kinder (über 25 Jahre) sein. Füllen Sie den Antrag sehr sorgfältig aus. Benutzen Sie nur große Druckbuchstaben und schreiben Sie Umlaute wie z.B. Ä als AE. Sollten Sie keinen internationalen Führerschein besitzen, tragen Sie bitte die Nummer Ihres nationalen Führerscheins ein.

Police:

Nachdem Sie uns die ausgefüllten Anträge eingereicht haben, dauert es ca. 3-12 Tage, bis wir Ihnen weitere Formulare zur Unterschrift zusenden, die wir von unserer Agentur erhalten. Gleichzeitig wird dann das „Proposal“ geschickt, aus dem die Prämie zu ersehen ist. Das Ausstellen der endgültigen Police wird dann erneut ein paar Tage dauern. Bitte berücksichtigen Sie diese Wartezeit. Eine US Anschrift ist hilfreich, aber nicht zwingend erforderlich.

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 englischer Sprache abgefasst sein. Die Schadenabwicklung wird direkt vom Versicherer in den USA vorgenommen.

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

Fahrzeugkauf in den USA:

Die Police kann erst beantragt werden, wenn alle Daten des Fahrzeugs vorliegen.

Wichtig:

Es wird keine Police erstellt bei Reisebeginn in:

Kanada, Alaska, Idaho, Indiana, Kansas, Iowa, Kentucky, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, North Dakota, South Dakota, Tennessee, Vermont, West Virginia, Wyoming, Wisconsin.

Der angebotene Versicherungsschutz gilt nicht in Mexico!

Grundsätzlich obliegt die letzte Entscheidung, ob die Police erstellt oder der Antrag abgelehnt wird, dem Versicherer in USA.

▶ 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.				
3.				

Description of Vehicle to be insured:

Beschreibung des zu versichernden Fahrzeugs:

 Sedan / Station Wagon
PKW / Kombi Camper / Mobile Home
Wohnwagen / Wohnmobil

Year Baujahr	Make Hersteller	Type Typ	Chassis Number Fahrgestellnummer	Actual Cash Value Zeitwert

Coverage Options:

Deckungsoptionen:

 Liability \$ 500.000
Haftpflicht DS: \$ 500.000Bodily Injury \$ 500.000 / Property Damage \$ 200.000, incl.
Medical Payment with a limit of \$ 2.000
Personenschäden/Sachschäden einschl. \$ 2.000 Heilkosten **Comprehensive & Collision**
Vollkasko inkl. Teilkasko
Deductible: Comp. \$ 250 / Coll. \$ 500
SB: TK \$ 250, VK \$ 500 je Schadenfall**Visited Countries:** USA Kanada

Signed Applicant _____

Unterschrift Antragsteller

Please sign by hand! Bitte per Hand unterschreiben!

Date: _____

Day Month Year



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.

I understand and request that this policy will be extended automatically for further 12 months. Otherwise, a cancellation request has to be sent to TourInsure GmbH in due time.

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.

Mir ist bekannt, dass die Police sich automatisch um 1 weiteres Jahr verlängert. Eine Kündigung ist rechtzeitig bei der Firma TourInsure GmbH zu beantragen.

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.



ZUSATZFRAGEBOGEN



Formular am
PC beschreibbar

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie oder einer der zusätzlichen Fahrer in den letzten 3 Jahren in mehr als einen Unfall verwickelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurde Ihnen oder einem der zus. Fahrer in den letzten 3 Jahren eine Versicherung abgelehnt oder gekündigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie oder einer der zus. Fahrer unter 25 und über 70 Jahre alt? (Sind Sie über 70 Jahre alt, ist ein „medical report“ erforderlich.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat das betreffende Fahrzeug gesprungene oder gebrochene Scheiben oder sonstige Sicherheitsmängel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie oder einer der zus. Fahrer körperliche oder geistige Mängel oder Beeinträchtigungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wurde Ihnen oder einem der zus. Fahrer der Führerschein eingezogen, vorübergehend gesperrt oder nicht gewährt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie oder einer der zus. Fahrer in USA/Kanada eine Arbeitsstelle oder einen Wohnsitz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind Sie oder einer der zus. Fahrer Staatsbürger der USA oder Kanada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ist Ihr ständiger Wohnsitz oder der einer der zus. Fahrer innerhalb von 100 Meilen der USA/Mexiko Grenze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ist Ihr Fahrzeug zugelassen in Louisiana, Massachusetts, New Jersey, South Carolina oder North Carolina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ist der Fahrzeugwert höher als US\$ 70.000 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist das Fahrzeug eingestuft als Sportwagen oder Hochleistungsfahrzeug? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ist das Fahrzeug <input type="checkbox"/> gemietet oder <input type="checkbox"/> geliehen? | | |
| 14. Wie lautet das Kennzeichen des Fahrzeuges? _____ | | |
| 15. Wer ist Eigentümer des Fahrzeuges? _____ | | |
| 16. Wer ist Zahlungsempfänger im Schadenfall? _____ | | |
| 17. Nur bei Campern/Wohnmobilen:
Maße Ihres Fahrzeuges Höhe: _____ Breite: _____ Länge: _____ | | |



ZUSATZFRAGEBOGEN



Formular am
PC beschreibbar

18. Welche Bundestaaten der USA bereisen Sie? _____

19. In welchem Bundesstaat der USA beginnt Ihre Reise? _____

20. Ankunftshafen in USA, falls Ihr Fahrzeug nach USA verschifft wurde: _____

21. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____

JA

NEIN

22. Reist Ihr Ehepartner mit?
Falls ja, brauchen wir auch das Geburtsdatum: _____

23. Welchen Beruf übt Ihr Ehepartner aus? _____

24. Wann haben Sie Ihren ersten Führerschein erhalten? _____

25. Wann hat Ihr Ehepartner den ersten Führerschein erhalten? _____

26. Name des KFZ-Versicherers in Deutschland: _____

27. Wie lange sind Sie dort schon versichert? _____

Bitte immer beifügen:

- Kopien
- Zulassung (1. Seite) / bei Kauf in USA: Kaufvertrag
 - Führerschein (national)
 - Pass
 - Visum oder ESTA Bestätigung
 - Innen- sowie Außenaufnahmen Ihres Wohnmobils

Benötigen Sie die Police nicht für ein ganzes Jahr, senden Sie uns oder unserer Agentur bitte eine Kündigung per E-Mail, die folgenden Inhalt haben muss:

- Policennummer
- Kundenname
- Kündigungsgrund
- Rückerstattungsanschrift

Beispiel:

I.....(Name)..... herewith cancel my policy(Nr)..... effective (Datum)..... because I have to return to Europe. Please refund to my address: (Name und Heimat-Anschrift)

THE SUNRISE GROUP
QUOTE REQUEST FOR AUTO INSURANCE PROGRAM
 Phone: (800) 478-7648 Fax: (386) 734-0903

FORM INFORMATION (Please Print or Type)

First Name: _____ M. I. _____ Last Name: _____ Date of Birth: ____/____/____
 MM/ DD / YYYY

Home Country Address: _____

USA Address: _____ Occupation: _____

Telephone: (Home) _____ Work: _____ E-Mail: _____

USA entry visa type: _____

Driver's License #: _____ Date of original license ____/____/____ Expiration Date: ____/____/____
 MM/ DD/ YYYY MM/ DD/ YYYY

State/country Licensed: _____ Prior insurance: _____ Pol#: _____

How many years with Prior Insurance Carrier: _____

Marital Status: _____ Countries to be visited: _____

Mail Policy to: APPLICANT ALTERNATE ADDRESS: _____

VEHICLE INFORMATION

Vehicle # 1 Type of Vehicle: Automobile Motorhome Motorcycle
 Year: _____ Make: _____ Model: _____ Present Value: US \$ _____
 Vehicle Identification Number (VIN) _____
 Vehicle Usage: (Select one) _____ Pleasure _____ Work <15 miles _____ Work >15 miles _____ Business
 Length of Motorhome: _____ (Ft) License Plate No. and State Registered: _____
 CC of Motorcycle: _____
 Name & Address of Loss Payee: _____

Vehicle # 2 Type of Vehicle: Automobile Motorhome
 Year: _____ Make: _____ Model: _____ Present Value: US \$ _____
 Vehicle Identification Number (VIN) _____
 Vehicle Usage: (Select one) _____ Pleasure _____ Work <15 miles _____ Work >15 miles _____ Business
 Length of Motorhome: _____ (Ft) License Plate No. and State Registered: _____
 Name & Address of Loss Payee: _____

COVERAGE INFORMATION

Effective Date: _____

Package A: (Liability, Comprehensive, Collision)
 Package B: (Liability & Comprehensive only)
 Package C: (Liability Only)

If your vehicle is over 20 years old, only Package C is available.

The Following Information is required for all additional operators:

First Name: _____	M. I.: __	Last Name: _____	Relationship to Insured: _____
Date of Birth: ___/___/___	Driver's License #: _____	Occupation: _____	
Date of original license ___/___/___ MM/ DD / YYYY	Expiration date: ___/___/___ MM/ DD / YYYY	State Licensed: _____	
First Name: _____	M. I.: __	Last Name: _____	Relationship to Insured: _____
Date of Birth: ___/___/___	Driver's License #: _____	Occupation: _____	
Date of original license ___/___/___ MM/ DD / YYYY	Expiration date: ___/___/___ MM/ DD / YYYY	State Licensed: _____	
First Name: _____	M. I.: __	Last Name: _____	Relationship to Insured: _____
Date of Birth: ___/___/___	Driver's License #: _____	Occupation: _____	
Date of original license ___/___/___ MM/ DD / YYYY	Expiration date: ___/___/___ MM/ DD / YYYY	State Licensed: _____	

ADDITIONAL INFORMATION

		YES	NO
1.	Have you or any driver listed above been involved in more than one motor vehicle accident or had a violation in the past 3 years?		
2.	Have you or any driver listed above had automobile insurance declined or cancelled in the past 3 years?		
3.	Are you or any driver listed above less than 25 years of age or over 75 years of age? (a medical statement is required if over 75)?		
4.	Does the described vehicle(s) have any cracked or broken glass or other safety deficiency?		
5.	Do you or any driver listed above have a physical or mental deficiency or impairment?		
6.	Have you or any driver listed above had a license revoked, suspended or refused?		
7.	Are you or any driver listed above employed in or have a permanent residence in the USA or Canada?		
8.	Are you or is any driver listed above a USA or Canadian citizen?		
9.	Is your permanent residence or the residence of any driver of this vehicle within 100 miles of the USA/Mexico border?		
10.	Is the vehicle(s) registered in Louisiana, Massachusetts, New Jersey, South Carolina or North Carolina?		
11.	Is the vehicle valued at more than \$70,000 ?		
12.	Is the vehicle(s) considered a sports car or high-performance vehicle?		
13.	Is the vehicle(s) rented or borrowed?		

I hereby warrant the truth of the above statements, and declare that I have not withheld any information whatsoever 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 the Company(s) and me. I understand that the policy expires after the period of coverage stated on this form ends and coverage is effective only after the application and full premium payment are received by the Company, or at a later date if specified.

Signature of Applicant

Date Signed

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
Herrengaben 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!