

Vermittlernummer: 702601

Deckungsauftrag zur Veranstaltungshaftpflicht für kurzfristige Veranstaltungen
(HVS Hamburger Versicherungsservice AG)
per Fax an: 030 474867-44

Versicherungsnehmer (VN):

Name:
.....
.....
Straße, Nr.:
.....
PLZ:
Ort:
Telefon:
Mail:

Veranstaltungsdaten:

Versicherungsbeginn: Uhrzeit: 0 Uhr
*Für den Aufbau besteht bereits 3 Tage vor dem angegebenen
Versicherungsbeginn Versicherungsschutz (B.1 BBR)*
Versicherungsende: Uhrzeit: 0 Uhr
*Für den Abbau besteht noch 3 Tage nach dem angegebenen
Versicherungsende Versicherungsschutz (B.1 BBR)*
Zeitraum der Veranstaltung:
Titel der Veranstaltung:
Art der Veranstaltung:
Adresse der Veranstaltung:
Zahl der Besucher/ Teilnehmer
Pro Tag:
Insgesamt:

Deckungssummen*

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Mio. €	5 Mio. €	10 Mio.
Pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden Mietsachschäden an Räumen/Gebäuden:			
- durch Feuer	1.000.000 €	1.000.000 €	1.000.000 €
- Leitungswasser und Abwasser	3.000.000 €	3.000.000 €	3.000.000 €
- durch sonstige Ursachen	250.000 €	250.000 €	250.000 €
Mietsachschäden an beweglichen Sachen	25.000 €	25.000 €	25.000 €

* Es handelt sich um einen Auszug aus dem Konzept für kurzfristige Veranstaltungen.

Zuschläge: Tribüne(n) Anzahl: Spielgeräte(e) Anzahl:
 Feuerwerk(e) Anzahl: Flurschäden + 275 € netto

Zuschläge für Festumzüge: Fuhrwerk(e) Anzahl: Reit-/Zugtiere Anzahl:
 Fahrzeug(e) Anzahl: Fahrzeug(e) Anzahl:
(nicht zulassungspflichtig) (zulassungspflichtig)

Nettobeitrag: € **Bruttobeitrag:** €

Bankverbindung per Rechnung per Lastschrift (anbei: SEPA-Mandat notwendig)

Vorversicherung Ja Nein **Vorschäden:** Ja Nein

Wenn Ja, welche?:

Wenn Ja, welche?:

Ort, Datum

Unterschrift VN

Ort, Datum

Unterschrift Makler

HVS

Hamburger 
Versicherungs - Service

SEPA-Lastschriftmandat

Hamburger Versicherungs-Service AG
Stiftstr. 46
20099 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE10ZZZ00000230067

HVS Vertragsnummer:

HVS - Kundennummer:

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Firma Hamburger Versicherungs-Service AG von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift Zahlungen einzuziehen.

ab dieser Fälligkeit

ab nächster Fälligkeit

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zugleich weise ich/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Frau Herr Eheleute Firma

Ich bin / wir sind Versicherungsnehmer/in ja nein

Vorname, Name

Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort

IBAN

BIC

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin/des Bevollmächtigten