

Vermittlernummer: 702601

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

Versicherungsnehmer (VN)

Firma/Veranstalter

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*

Pauschal für	3 Mio. €	5 Mio. €	10 Mio. €
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)
Feuerwerk(e)

Anzahl
Anzahl

Spielgeräte(e)
Flurschäden

Anzahl
+ 275 € netto

Zuschläge für Festumzüge

Fuhrwerk(e)
Fahrzeug(e)
(nicht zulassungspflichtig)

Anzahl
Anzahl

Reit-/Zugtiere
Fahrzeug(e)
(zulassungspflichtig)

Anzahl
Anzahl

Nettobeitrag

Bruttobeitrag

Zahlungsart

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

HVS Vertragsnummer:

**Hamburger Versicherungs-Service AG
Stiftstr. 46
20099 Hamburg**

HVS - Kundennummer:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE10ZZZ00000230067

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

ab dieser 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.

ab nächster Fälligkeit

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