

Auftrag zur Vermittlung einer Versicherungspolice

Versicherungsnehmer	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Verein	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Vorname/Firma:	_____
Straße:	_____
PLZ, Ort:	_____
Telefon:	_____ Fax: _____
Mobil:	_____ Email: _____
Zahlungsweise (einmalige Zahlung bei kurzfristigen Verträgen)	
<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat Ich ermächtige die Eberhard, Raith & Partner GmbH (erpam) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von erpam auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000485646	Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt
IBAN: _____	
BIC: _____	Kreditinstitut: _____
Kontoinhaber (sofern abweichend): _____	
<input type="checkbox"/> Überweisung (Ich werde die fälligen Prämien per Überweisung auf das angegebene Bankkonto begleichen).	
Datenschutzklausel	
Ich willige ein, daß die Eberhard, Raith & Partner GmbH (erpam) meine Daten, soweit sich diese aus den Auftragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, speichert. Diese Daten werden dem Versicherer bzw. Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den HUK-Verband zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Ich willige ferner ein, daß die Versicherer, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen.	
Erklärungen	
Der erteilte Auftrag beinhaltet die Vermittlung und Betreuung der Versicherungspolice. Der Auftragnehmer ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen beider Parteien entgegenzunehmen und verpflichtet, diese unverzüglich an die jeweils andere Partei weiterzuleiten. Die Sonderbedingungen und Konditionen erlöschen, sofern der Vertrag nicht mehr über erpam betreut wird. Eberhard, Raith & Partner GmbH Assekuranz Makler , Berger Straße 8, 82319 Starnberg ist im Versicherungsvermittlerregister als Versicherungsmakler nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung unter der Nummer D-2A8E-QF1XD-41 registriert.	
Der Auftrag ist mit digitaler Unterschrift gültig. Den genauen Versicherungsumfang entnehmen Sie bitte dem Angebot. Bei vollständig ausgefülltem Auftrag bestätigen wir den beauftragten Versicherungsschutz im Rahmen einer vorläufigen Deckung. Der Versicherungsnehmer ist zur unverzüglichen Zahlung des Versicherungsbeitrages nach Vorlage von Police und Rechnung verpflichtet, auch wenn die Ausfertigung des Versicherungsscheines nach dem Beginndatum erfolgt.	
Hiermit erteile ich der Firma Eberhard, Raith & Partner GmbH einen Auftrag zur Vermittlung einer Versicherungspolice gemäß den nachfolgenden Auftragsdetails. Ich bestätige die Richtigkeit der in diesem Auftrag enthaltenen Risikoangaben.	
Der Versand der Unterlagen erfolgt per Email. Zusätzlich erhalten Sie einen Zugang für den "Kunden-Login" auf unserer Homepage. Hier können Sie Ihre Verträge einsehen, Adreßdaten ändern, Versicherungsbestätigungen erzeugen oder einen Schaden melden.	
<input type="checkbox"/> Ich wünsche den Versand meiner Unterlagen per Post.	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, daß mich die Eberhard, Raith & Partner GmbH bei Neuigkeiten per E-Mail informiert. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.	
Ort und Datum	Unterschrift des Auftraggebers

Auftragsdetails zu den Veranstaltungsversicherungen

Veranstalter (sofern vom Versicherungsnehmer abweichend)

Mitveranstalter/Veranstalter (sofern abweichend)

Versicherungszeitraum

Veranstaltungstag(e): _____

Beginn Aufbau: _____ Beginn Abbau: _____
(Der Vertrag endet automatisch ohne daß es einer gesonderten Kündigung bedarf).

Veranstaltungsort/e (bitte vollständige Anschrift angeben)

Beschreibung der Veranstaltung (Art, Highlights, Name der Gruppe/n)

Besucheranzahl

bei mehrtägigen Veranstaltungen
bitte die Gesamtbesucherzahl angeben: _____

Gewünschte Versicherungen

Der Abschluß folgender Versicherungsverträge (zutreffendes bitte ankreuzen, sowie Anlage zur jeweiligen Sparte beifügen) wird gewünscht:

<input type="checkbox"/> I. Veranstalter-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> II. kurzfristige Elektronikversicherung	<input type="checkbox"/> III. Ausfallversicherung
<input type="checkbox"/> IV. Krankenversicherung für ausl. Gäste	<input type="checkbox"/> V. kurzfristige Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> VI. Ausrüstungsversicherung
<input type="checkbox"/> VII. Bargeld- und Botenversicherung		

I. Veranstalter-Haftpflichtversicherung				
Versicherungsumfang / Prämie				
Die Prämie hängt von der zu erwartenden Zuschauer-/Besucherzahl und der gewählten Deckungssumme ab (bei mehrtägigen Veranstaltungen gilt die Gesamtbesucherzahl).				
Besucher	Berechnung	Versicherungssumme	Prämie	Mindestprämie
Bis 500	pauschal	€ 3 Mio.	€ 79,--	
Bis 1.000	pauschal	€ 3 Mio.	€ 106,--	
Bis 2.000	pauschal	€ 3 Mio.	€ 209,--	
Bis 10.000	pro Person	€ 3 Mio.	€ 0,06	€ 209,--
Bis 50.000	pro Person	€ 3 Mio.	€ 0,04	€ 600,--
Bis 100.000	pro Person	€ 3 Mio.	€ 0,02	€ 1.000,--
Grundprämie gemäß Tabelle				€ _____
Deckungssummenerhöhung (Erhöhung der pauschalen Versicherungssumme für Personen-, und Sachschäden), optional				
<input type="checkbox"/> € 5 Mio., Zuschlag 25 % auf Grundprämie				€ _____
<input type="checkbox"/> € 10 Mio., Zuschlag 100 % auf Grundprämie				€ _____
Zusätzlich versicherbare Risiken, optional				
<input type="checkbox"/> Schäden durch Zelte, Tribünen, Hüpfburg, Kletterwand, etc.:				
<input type="checkbox"/> mit Auf-/Abbau, Zuschlag pauschal 15%				
<input type="checkbox"/> ohne Auf-/Abbau, Zuschlag pauschal 10%				€ _____
<input type="checkbox"/> Schäden durch fremde Gabelstapler/Arbeitsmaschinen ohne km/h Limit (Sublimit 1 Mio. pauschal für Personen- und sonstige Schäden, SB € 250,--), Zuschlag pauschal € 50,--				€ _____
<input type="checkbox"/> Restauration (Abgabe von Speisen und Getränken) in eigener Regie, Zuschlag pauschal 20 %				€ _____
<input type="checkbox"/> Mitversicherung freiberuflicher Mitarbeiter (subsidiär), Zuschlag pauschal 15%				€ _____
<input type="checkbox"/> Umzüge / Festumzüge (z.B. Faschings-/Karnelvalsanzug), Zuschlag auf die Grundprämie 50 %				€ _____
Einsatz zahmer Tiere, Zuschlag je Tier € 9,--, Anzahl: _____				€ _____
Einsatz von Kfz, Zuschlag je Kfz € 5,--, Anzahl: _____				€ _____
Gesamtprämie jährlich netto inkl. Zuschläge zzgl. 19% Versicherungssteuer				€ _____

Vorversicherung	
Bestand oder besteht für Sie eine solche Versicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Versicherungsscheinnummer	_____
Sind Schäden angefallen?	Wer hat den Vertrag gekündigt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich <input type="checkbox"/> Versicherer
Wenn ja, bitte Anzahl, Höhe und Art benennen _____	

II. Kurzfristige Elektronikversicherung

Versicherungszeitraum

von: _____ bis: _____ Gesamtanzahl der Tage: _____
 (Der Vertrag endet automatisch ohne daß es einer gesonderten Kündigung bedarf).

Versicherungsumfang und Prämie

Die Prämie hängt von der Gesamtversicherungssumme des Equipments, des Geltungsbereichs und des Versicherungszeitraums mit dem zugehörigen Prämienatz ab.

Versicherungssumme (Equipmentneuwert in €)	Geltungsbereich	Selbstbeteiligung je Schadenfall	Prämienatz
<input type="checkbox"/> mobil: € _____	<input type="checkbox"/> EU inkl. Schweiz	€ 500,-	€ 1,40/€1000,-/Tag
	<input type="checkbox"/> geografisch Europa	€ 500,-	25% Zuschlag auf Grundprämie
	<input type="checkbox"/> weltweit	€ 500,-	75% Zuschlag auf Grundprämie
<input type="checkbox"/> stationär: € _____		€ 500,-	€ 0,90/€1000,-/Tag
Versicherungsort: _____			
Gesamtprämie einmalig netto zzgl. 19% Versicherungssteuer (Mindestprämie € 120,-)			€ _____

Eigentümer des Equipments

Eigenequipment
 Fremdequipment, Name der Verleihfirma: _____

Standort der Technik über Nacht

Zusätzliche Hinweise zur Elektronikversicherung

Versicherung des Equipments zum Neuwert

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, daß das versicherte Equipment laut den zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen zum **Neuwert** (aktueller Listenpreis einschließlich Zubehör und dazugehöriger spezifischer Verkabelung zzgl. Fracht, Montage und Mehrwertsteuer - MwSt. nur, sofern nicht vorsteuerabzugsberechtigt - ohne Rabatte) versichert werden muss.

Zusätzliche Unterlagen die wir benötigen

Bitte Geräteverzeichnis mit Neuwertangaben mitsenden! Hieraus muß die Bezeichnung des Geräts, die Seriennummer und der Neuwert inklusive der Gesamtversicherungssumme hervorgehen.

Vorversicherung

Bestand oder besteht für Sie eine solche Versicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Versicherungsscheinnummer _____

Sind Schäden angefallen? Ja Nein
 Wer hat den Vertrag gekündigt?
 Ich Versicherer

Wenn ja, bitte Anzahl, Höhe und Art benennen _____

III. Ausfallversicherung	
Versicherungssumme	
	Versicherungssumme
Produktionskosten	€ _____
Örtliche Kosten	€ _____
Kosten des eigenen Geschäftsbetriebes	€ _____
Gagen	€ _____
Sponsorengelder	€ _____
Rückabwicklungskosten bei Absage	€ _____
Vorverkaufsgebühren	€ _____
Vorsorge für Vergessenes u. Übersehenes	€ _____
Gewinn	€ _____
Gesamtversicherungssumme (aus allen Positionen)*	€ _____
<small>*innerhalb der einzelnen Positionen kann sich jederzeit eine Verschiebung der Summen ergeben. Dies hat keine Auswirkung auf den Versicherungsschutz, sofern die Gesamtversicherungssumme in ihrer Gesamtheit richtig bemessen ist.</small>	

Versicherungsumfang	
	Prämiensatz in %
<input type="checkbox"/> Typ A, Nichtdurchführbarkeit der Veranstaltung aus allen Gründen, die außerhalb der Einflußmöglichkeit des Veranstalters liegen.	_____ %
<input type="checkbox"/> Typ B, Nichterscheinen versicherter Personen aus allen Gründen, die außerhalb der Einflußmöglichkeit der versicherten Personen sowie des Veranstalters liegen.	_____ %
<input type="checkbox"/> Typ C, Nichtdurchführbarkeit und das Nichterscheinen, jeweils aus allen Gründen, die außerhalb der Einflußmöglichkeit der versicherten Personen sowie des Veranstalters liegen (dies ist die sog. Katastrophen-Deckung).	_____ %
Mögliche Deckungserweiterungen (nur in Verbindung mit einer der oben genannten Grunddeckung möglich)	
<input type="checkbox"/> Ausfall, vorzeitige Beendigung, Unterbrechung, Verlängerung, Verschiebung, Ablaufbeeinträchtigung oder Ablaufänderung infolge Witterungsverhältnissen, die eine Gefahr für Leib und Leben der Zuschauer darstellen (nur erforderlich bei Open-Air-Veranstaltungen/Vorlaufzeit von mind. 4 Wochen ist zu beachten).	_____ %
<input type="checkbox"/> Ausfall, vorzeitige Beendigung, Unterbrechung, Verlängerung, Verschiebung, Ablaufbeeinträchtigung oder Ablaufänderung, weil der planmäßige Aufbau witterungsbedingt verzögert wurde oder sich verzögert hat oder witterungsbedingt die planmäßige Nutzung der Veranstaltungsstätte unmöglich geworden ist (nur erforderlich bei Open-Air-Veranstaltungen / Vorlaufzeit von mind. 4 Wochen ist zu beachten).	_____ %
<input type="checkbox"/> Ausfall, vorzeitige Beendigung, Unterbrechung, Verlängerung, Verschiebung, Ablaufbeeinträchtigung oder Ablaufänderung aufgrund drohender oder angedrohter Terrorakte / Attentate, sofern die Polizei oder eine andere zuständige Behörde die Gefahr für Leib und Leben der Zuschauer oder Teilnehmer bestätigt hat und deshalb die Absage oder den Abbruch der Veranstaltung angeordnet oder mindestens schriftlich empfohlen hat.	_____ %
<input type="checkbox"/> Ausfall, vorzeitige Beendigung, Unterbrechung, Verlängerung, Verschiebung, Ablaufbeeinträchtigung oder Ablaufänderung aufgrund eines Ereignisses, das während der Veranstaltung oder auf der Anreise hierzu zum Tod oder zu schweren Verletzungen mehrerer Teilnehmer oder Zuschauer führte. Gleiches gilt für den Fall schwerer Gewalttaten mit mehreren Toten oder Schwerverletzten während oder nicht länger als 1 Woche vor der Veranstaltung auf dem Veranstaltungsgelände oder nicht weiter als 50 km von diesem entfernt.	_____ %
<input type="checkbox"/> Mitversicherung des Ausfalles von mind. 30 % des Orchesters/Ensembles.	_____ %
Prämiensatz Gesamt (Grunddeckung + Deckungserweiterungen) in %	_____ %

Prämie	
Die Prämie hängt von der Versicherungssumme und der gewählten Deckung ab.	
Gesamtversicherungssumme € _____	x Prämiensatz Gesamt _____ %
= Gesamtprämie netto inkl. Erweiterungen zzgl. 19% Versicherungssteuer	€ _____
<small>(Die Mindestprämie beträgt € 300,- zzgl. 19% Versicherungssteuer)</small>	

Vorversicherung	
Bestand oder besteht für Sie eine solche Versicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Versicherungsscheinnummer	_____
Sind Schäden angefallen?	Wer hat den Vertrag gekündigt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich <input type="checkbox"/> Versicherer
Wenn ja, bitte Anzahl, Höhe und Art benennen _____	

Versicherte Personen - Gesundheitserklärung zur Ausfallversicherung	
Der Versicherungsnehmer erklärt hiermit verbindlich, daß ihm keine Umstände bekannt sind, die zu einer Absage der Veranstaltung im Sinne des beantragten Vertrages führen könnten. Die nachstehenden Fragen wurden nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.	
1. Name(n) der zu versichernden Person (en), Geburtsdatum	
1.1 Name: _____	Geburtsdatum: _____
1.2 Name: _____	Geburtsdatum: _____
1.3 Name: _____	Geburtsdatum: _____
1.4 Name: _____	Geburtsdatum: _____
1.5 Name: _____	Geburtsdatum: _____
2. Ist Ihnen bekannt, ob bei einer der versicherten Personen	
<ul style="list-style-type: none"> • Zur Zeit Krankheiten (physisch/psychisch), Beschwerden, körperliche Fehler oder Unfallfolgen bestehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Person _____ • eine HIV-Infektion festgestellt worden ist? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Person _____ • eine Behandlung, Operation, Untersuchung notwendig, aber nicht durchgeführt worden, vorgesehen oder angeraten ist? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Person _____ • in den letzten zwei Jahren Krankheiten (physisch oder psychisch) oder Unfallfolgen bestanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Person _____ • eine Schwangerschaft besteht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Person _____ wenn ja, welche Woche: _____ 	
3. Ist Ihnen bekannt, ob eine der versicherten Personen	
<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßig Arzneimittel nimmt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person _____ • in ärztlicher Behandlung wegen Drogen oder Alkohol ist oder war? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person _____ 	
Erklärung	
Der Auftrag und die Gesundheitsfragen wurden nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet. Es wurden keine Informationen, die für die Beurteilung des Risikos erheblich sind, verschwiegen oder zurückgehalten. Insbesondere wird erklärt, daß hinsichtlich der Gesundheitsverhältnisse der Personen, auf die sich eine Versicherung beziehen soll, nichts Ungünstiges bekannt ist.	
Die in diesem Fragebogen gemachten Angaben werden Vertragsbestandteil des Versicherungsvertrages. Die unrichtige Beantwortung vorstehender Fragen nach Gefahrumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen.	
Ich willige ein, daß der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Fragebogen, einem späteren Antrag oder der Vertragsdurchführung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Sachverband zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Ich willige ferner ein, daß der Versicherer und der Makler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen.	
_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift des Auftraggebers)

IV. Krankenversicherung für ausländische Künstler / Gäste in Deutschland (Incoming)	
Versicherungszeitraum	
Dauer des Aufenthalts (Anzahl Tage): _____	
Einreise: _____	Ausreise: _____
(Der Vertrag endet automatisch ohne daß es einer gesonderten Kündigung bedarf).	

Versicherte Personen		
Name: _____	Geburtsdatum: _____	Herkunft: _____
Name: _____	Geburtsdatum: _____	Herkunft: _____
Name: _____	Geburtsdatum: _____	Herkunft: _____
Name: _____	Geburtsdatum: _____	Herkunft: _____
Name: _____	Geburtsdatum: _____	Herkunft: _____
Sofern es sich um mehrere Anmeldungen handelt, bitten wir um eine separate Aufstellung der zu versichernden Personen.		

Prämien	
Eine solche Police berechnet sich nach dem gewünschten Leistungsumfang, der Anzahl und dem Alter der zu versichernden Personen und der Dauer des Aufenthaltes.	
<input type="checkbox"/> Incoming-Krankenversicherung	
Anzahl Erwachsene:	bis 65 Jahre: _____ ab 65 Jahre: _____
Prämien pro Tag/Person:	Erwachsene bis 65 Jahre: <input type="checkbox"/> mit € 100,- Selbstbeteiligung, € 1,40 <input type="checkbox"/> ohne Selbstbeteiligung, € 2,20 Erwachsene ab 65 Jahre: <input type="checkbox"/> mit € 100,- Selbstbeteiligung, € 3,20 <input type="checkbox"/> ohne Selbstbeteiligung, € 4,70
Prämie gesamt (Anzahl der Tage x Anzahl der Personen x Prämie pro Tag) € _____	
<input type="checkbox"/> Incoming-Komplettschutz	
Anzahl Erwachsene:	bis 65 Jahre: _____ ab 65 Jahre: _____
Prämien pro Tag/Person:	Erwachsene bis 65 Jahre: <input type="checkbox"/> mit € 100,- Selbstbeteiligung, € 2,50 <input type="checkbox"/> ohne Selbstbeteiligung, € 3,20 Erwachsene ab 65 Jahre: <input type="checkbox"/> mit € 100,- Selbstbeteiligung, € 5,60 <input type="checkbox"/> ohne Selbstbeteiligung, € 7,20
Prämie gesamt (Anzahl der Tage x Anzahl der Personen x Prämie pro Tag) € _____	

Vermerke	
Nicht versicherbar sind Künstler, die einem extrem hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, z.B. Hochseilartisten, Messerwerfer, Extremsportarten etc.	

Vorversicherung	
Bestand oder besteht für Sie eine solche Versicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Versicherungsscheinnummer	_____
Sind Schäden angefallen?	Wer hat den Vertrag gekündigt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich <input type="checkbox"/> Versicherer
Wenn ja, bitte Anzahl, Höhe und Art benennen _____	

V. Kurzfristige Unfallversicherung

Versicherungszeitraum

von: _____ bis: _____ Gesamtanzahl der Tage: _____
(Der Vertrag endet automatisch ohne daß es einer gesonderten Kündigung bedarf).

Versicherungsumfang und Prämie

Die Prämie berechnet sich nach der Anzahl der versicherten Personen, der gewählten Deckung und der Gesamtanzahl der versicherten Tage.

Gewünschte Versicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> Vorschlag 1	<input type="checkbox"/> Vorschlag 2	<input type="checkbox"/> Vorschlag 3
Invaldität (Grundsumme)	€ 50.000,-	€ 100.000,-	€ 200.000,-
Invaldität (Höchstenschädigung)	€ 175.000,-	€ 350.000,-	€ 700.000,-
Todesfall	€ 10.000,-	€ 10.000,-	€ 10.000,-
Krankenhaustage- und Genesungsgeld	€ 50,-	€ 50,-	€ 50,-
<i>Die weiteren Versicherungsleistungen- und summen entnehmen Sie bitte dem Angebot!</i>			
<input type="checkbox"/> Prämie je Person bis zu 7 Tagen:	€ 9,01	€ 17,11	€ 25,21
<input type="checkbox"/> Prämie je ab 8 Tagen bis zu 14 Tagen:	€ 13,51	€ 25,66	€ 37,81

Anzahl Personen: _____

Gesamtprämie netto zzgl. 19% Versicherungssteuer (Mindestprämie € 100,-) € _____

Versicherte Personen

1. Person: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 2. Person: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 3. Person: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Sofern es sich um mehrere Anmeldungen handelt, bitten wir um eine separate Aufstellung der zu versichernden Personen.

Bezugsrecht im Todesfall (bei Kindern: automatisch gesetzliche Erben)

Person 1: _____
 Person 2: _____
 Person 3: _____

Gesundheitsfragen zur Unfallversicherung

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei einer der versicherten Personen folgende Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen an

- Wirbelsäule, Hüfte oder Bandscheiben? nein ja, bei Person _____
- Gehirn oder Nervensystem (z.B. Anfallsleiden, Lähmungen)? nein ja, bei Person _____
- Stoffwechsel oder des Blutes (z.B. Diabetes)? nein ja, bei Person _____
- Herz oder Kreislauforganen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)? nein ja, bei Person _____
- Augen (z.B. Fehlsichtigkeit 8 od. mehr Dioptrien, Grüner Star Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen)? nein ja, bei Person _____

Nicht versicherbar sind Personen, die pflegebedürftig (Pflegestufe II-II) oder von folgenden Krankheiten Betroffen sind: geistige und/oder psychische Erkrankungen, die zur Folge haben, daß die versicherte Person nicht mehr ohne Aufsicht am täglichen Leben teilnehmen kann; Alkohol- und/oder Rauschgiftmittelabhängigkeit; Bluterkrankheit (Hämophilie); Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis); Osteoporose; Kopfverletzungen mit Beteiligung des Gehirns; Erkrankungen des Zentralnervensystems (z.B. Multiple Sklerose, spastische Erkrankungen)

Vorversicherung

Bestand oder besteht für Sie eine solche Versicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Versicherungsscheinnummer _____
 Sind Schäden angefallen? Ja Nein
 Wer hat den Vertrag gekündigt? Ich Versicherer

Wenn ja, bitte Anzahl, Höhe und Art benennen _____

VI. Ausrüstungsversicherung

Versicherungszeitraum

von: _____ bis: _____ Gesamtanzahl der Tage: _____
(Der Vertrag endet automatisch ohne daß es einer gesonderten Kündigung bedarf).

Zu versichernde Gegenstände (bitte ggf. nähere Informationen/Beschreibung)

Werkart/Material: _____
Evtl. Unikate: _____
Prototypen: _____

Transport der zu versichernden Gegenstände

Transportmittel: PKW LKW Schiff Flugzeug
Durchführung: Eigentransport Fremdtransport
Zwischenlagerung: Nein Ja, Ort: _____
Zeitraum: _____
Bewachung: Nein Ja

Standort / Lagerung der zu versichernden Gegenstände (Anschrift)

Prämie

Die Prämie hängt von der Gesamtversicherungssumme, des Transports, der Lagerung und des Versicherungszeitraums ab.

Geltungsbereich	Versicherungssumme (Equipmentneuwert in €)	Prämiensatz	Grundprämie netto
<input type="checkbox"/> festes Gebäude	€ _____	1,75 %/14 Tage	
<input type="checkbox"/> Zelt	€ _____	2,75 %/14 Tage	€ _____
Zuschlagspflichtige Risiken			
<input type="checkbox"/> Mitversicherung der Zwischenlagerung, Zuschlag 1,00 % auf o.g. Prämiensatz			€ _____
<input type="checkbox"/> Verlängerung um weitere <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> 28 Tage <input type="checkbox"/> _____ Tage			
Gesamtprämie einmalig netto zzgl. 19% Versicherungssteuer (Mindestprämie € 100,-)			€ _____

Zusätzliche Hinweise zur Ausrüstungs-/Ausstellungsversicherung

Versicherung des Equipments zum Neuwert
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, daß die versicherten Instrumente, Anlagen und Geräte laut den zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen zum **Neuwert** (aktueller Listenpreis einschließlich Zubehör und dazugehöriger spezifischer Verkabelung zzgl. Fracht, Montage und Mehrwertsteuer - MwSt. nur, sofern nicht vorsteuerabzugsberechtigt - ohne Rabatte) versichert werden müssen.

Zusätzliche Unterlagen die wir benötigen
Bitte Geräteverzeichnis mit Neuwertangaben mitsenden! Hieraus muß die Bezeichnung des Geräts, die Seriennummer und der Neuwert inklusive der Gesamtversicherungssumme hervorgehen.

Vorversicherung

Bestand oder besteht für Sie eine solche Versicherung? Ja Nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Versicherungsscheinnummer _____
Sind Schäden angefallen? Ja Nein
Wer hat den Vertrag gekündigt? Ich Versicherer
Wenn ja, bitte Anzahl, Höhe und Art benennen _____

VII. Fragebogen zur Angebotserstellung einer Bargeld- und Botenversicherung

Versicherungszeitraum

von: _____ bis: _____ Gesamtanzahl der Tage: _____
(Der Vertrag endet automatisch ohne daß es einer gesonderten Kündigung bedarf).

Versicherungsort (Anschrift)

Versicherungssumme und Sicherungen

Gesamtversicherungssumme: € _____

Anzahl der Wertschutzschränke mit Angabe Hersteller, Sicherheitsklasse, Gewicht und Versicherungssumme:

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____

Bei mehreren Wertschutzschränken bitten wir um eine separate Aufstellung inklusive der oben genannten geforderten Angaben.

Transportmittel

- Eigentransport
- Fremdtransport durch _____

Weitere wichtige Unterlagen sowie Angaben die wir benötigen

- Lageplan der Wertschutzschränke auf dem Veranstaltungsgelände
- Beschreibung über die Leerung und den Transport der Geldbestände

