



Interessant:

Name: _____
Anschrift: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Bitte richten Sie Ihre Anfrage an:

HMB Hamburg Marine Insurance Brokers
Stiftstraße 46
D – 220099 Hamburg
Tel: +49-40-80803966-1
Fax: +49-40-80803966-9
E-Mail: r.juergens@hamburg-marine-brokers.com

Technische Einzelheiten:

Schiffsname: _____ Schiffstyp: _____
Amtl. Schiffsnummer: _____ Ladungsart: _____
Baujahr/Umbaujahr: _____ Tonnage: BRT/GT _____ Ladetons: _____
Abmessungen: Länge: _____, _____ m Breite: _____, _____ m Tiefgang: _____, _____ m
Klasse: _____ Registrierung / Flagge: _____ / _____
Maschine: Fabrikat: _____ Typ: _____ Baujahr: _____
Leistung: _____ / _____ PS/KW Drehzahl: _____ U.p.M.
Bei Fahrgastschiffen: Wasserverdrängung: _____ cbm Fahrgastkapazität: _____ Passagiere
Letzte Generalüberholung, Datum: _____ Kosten: _____ Euro
Durchgeführte Arbeiten: _____

Fahrtgebiet:

Hauptsächliches Fahrtgebiet: _____
Werden Fahrten auf der Donau in östlicher Richtung ab Bratislava (Slowakei) durchgeführt? ja nein

Angaben zur derzeitigen Deckung:

Versicherer: _____ Ablaufdatum: _____
Kaskotaxe: _____ Euro Kaskoprämie: _____ Euro
Abzugsfranchise: Schiff: _____ Euro Maschine: _____ Euro
Bestand eine separate Maschinenbruchversicherung? ja nein
Wenn ja, zu welcher Prämie: _____ Euro
Bestand eine P & I (Haftpflicht)-Versicherung? ja nein, wenn ja, wo: _____



Angaben zur gewünschten Deckung:

Kaskoversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kaskotaxe: _____ Euro
Abzugsfranchisen:	Schiff: _____ Euro	Maschine: _____ Euro
Mannschaftseffekten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungssumme: _____ Euro
Elektronikversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungssumme: _____ Euro
Verdienstaussfall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tägliche- Entschädigungssumme: _____ Euro
Rechtsschutzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kriegsversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
P & I - Versicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Versicherungen?	_____	

Schaden-Vorverlauf:

Kasko-/Maschinen-Schäden der letzten 3 Jahre:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Schadenhöhe in Euro	Schadenart
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
P&I-Schäden der letzten 7 Jahre:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Schadenhöhe in Euro	Schadenart
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Andere Schäden der letzten 3 Jahre:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Schadenhöhe in Euro	Schadenart
_____	_____	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorgenannten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten