Fragebogen zur Betriebsschließungsversicherung

Bitte ausgefüllt und unterschrieben per Post, Fax oder Email zurücksenden an:
Fritz & Fritz GmbH -
Rosenstraße 7, 97276 Margetshöchheim

Fax: 0931/46865-99 **info@fritzufritz.de**

Firmenname: .....

Ansprechpartner mit Telefonnummer: .....

Anschrift: .....

Versicherungsvertragsnummer (falls zur Hand): .....

Schadennummer-Fritz (falls bekannt): .....

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ und ggfs. Beiblätter für weitere Ausführungen verwenden:

---

1. Zeitraum der Betriebsschließung: von ..... bis .....

---

2. Betriebsschließung aufgrund: ☐ Allgemeinverfügung ☐ Einzelverfügung **(Kopie beilegen)**

Hinweis zu Einzelverfügungen:
Ein Verweis auf die Allgemeinverfügung reicht nicht aus. Die Einzelverfügung muss individuell und konkret die Komplettschließung des Betriebs darlegen.

---

3. Anzahl Mitarbeiter: ..... **Anzahl Zimmer:** .....

---

4. Betriebsart: ☐ Hotel Garni ☐ Hotel mit Restaurant ☐ Hotel ohne Restaurant
☐ Restaurant ☐ Bar ☐ .....

---

5. Betriebsbeschreibung: (z.B. Wellness, Tagung, Familie, Kur, etc.)

.....
.....
.....
.....

---

6. Kurzarbeitergeld: ☐ beantragt zum: ..... **(Antragskopie beilegen)** ☐ nicht beantragt, warum:

.....
.....
.....
.....

---

7. Soforthilfen: ☐ beantragt zum: ..... **(Antragskopie beilegen)** ☐ nicht beantragt, warum:

.....
.....
.....
.....

---

8. Warenschaden:
(verderbliche Waren)

Höhe: ..... € Nachweis über Lieferschein, Inventur, Rechnung **(Kopien beilegen)**

Sonderverkauf: ..... € Nachweis über entsprechende Belege **(Kopien einreichen)**
☐ nicht durchgeführt, warum:

.....
.....

---

9. Hotelbetrieb:

a) Für Geschäftsreisende offen: ☐ ja ☐ nein, warum:

……

……

……

……

b) Umsatz durch Geschäftsreisende während dem Zeitraum der Betriebsschließung: Höhe: …… €

Nachweis zuführen über eine Umsatzaufstellung seit Schließung gem. Zimmerbelegungsplan oder Reservierungsbuch inkl. Preise. **(Kopien einreichen)**

10. Restaurant-/Barbetrieb:

a) War Ihr Betrieb von einer Einschränkung hinsichtlich der Öffnungszeiten betroffen?

☐ ja von: …… bis: …… (Datum)

Normale Öffnungszeiten: ……(Uhrzeit)

Angeordnete neue Öffnungszeiten: ……(Uhrzeit)

Umsatz während der eingeschränkten Öffnungszeiten: Höhe …… €

Nachweis über Kassenjournal **(Kopie einreichen)**

☐ nein, sondern Komplettschließung

b) War Ihr Betrieb von einer Komplettschließung betroffen?

☐ ja von: …… bis: …… (Datum) ☐ nein

Wurde Essen-To-Go und/oder Lieferservice angeboten bzw. möglich?

☐ ja Umsatzhöhe: …… € Nachweis über Kassenjournal **(Kopie einreichen)**

☐ nein, warum nicht:

……

……

……

……

11. Betriebswirtschaftliche Unterlagen

Bitte reichen sie zusätzlich folgende Unterlagen ein:

- ☐ Soll/Ist-Vergleich des Betriebsergebnisses 2018/2019 **(Kopie einreichen)**
- ☐ monatlichen Umsatzzahlen bzw. betriebswirtschaftliche Auswertungen für die Monate März und April 2019 und 2020 **(Kopie einreichen)**
- ☐ (noch) nicht beiliegend, warum:

  ……

  ……

Hinweis: Alle vorstehenden Fragen müssen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Für die Richtigkeit der Antworten übernimmt der/die Versicherungsnehmer/-in bzw. der/die Versicherte die alleinige Verantwortung. Bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungs-schutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls oder den Umfang der Versicherungsleistung haben.

✘ _____

(Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers)