OÖ. Landesverband für Bienenzucht, Pachmayrstraße 57, 4040 Linz Tel: 0732/73 20 70 Fax: 0732/73 20 70-20 E-Mail: office@imkereizentrum.at

## **SCHADENSMELDUNG**

Name:							
Adresse:							
Imker	Imkerverein:VIS-Nr:						
Telefon: E-Mail Adresse:							
Gesamtvölker: Bank:							
IBAN: BIC:							
Nachstehende Fragen sind mit möglichster Genauigkeit zu beantworten!							
_	nn und von wem wur naden entdeckt?	de der					
ges	welcher Art waren die stellt? (Freistand, geso enenhaus, usw.)						
	Wie waren die Bienen gegen Fremde gesichert?						
ent krin	Auf welche Weise ist der Schaden entstanden? (Feuer, Einbruch oder sonstiger krimineller Eingriff, Sturm, Überschwemmung, Wanderschaden)						
Pol	ann wurde die Anzeige lizei gemacht? ei kriminellen Eingriffe						
6. W	6. Was wurde beschädigt oder vernichtet?						
a)	a) Biene und Bau						
		schädigt		beschädigt			
	Anzahl	zu 100 %	Anzahl	%-Anteil			
b) Beuten							
	total beschädigt		teilweise beschädigt				
	Anzahl	zu 100 %	Anzahl	%-Anteil			
			_				

c)	volle Ernte (Honig)				
	Menge (kg)	Preis/kg			
oder					
۹)	Futtervorrat				
u)	Menge (kg)	Preis/kg			
	3 ( 3)	. 5			
Aufräu	marbeiten				
,	Anzahl (h)		Arbeiten		
Anmer	kungen: (ev. Beiblatt l	peilegen)			
7. Ber	richt über die, wenn au	ich vermutlichen,			
	Entstehungsursachen des Schadens.				
(ev	entuell Beiblatt beilege	en)			
8. Bes	steht neben der obligat	corischen auch			
ein	e Zusatzversicherung l				
Doi	nauversicherung?				
9. Dol	kumentation des Schad	dens: Fotos			
(Bit	tte Fotos beilegen)				
Ich vei	rsichere, dass ich die A	Angaben nach best	em Wissen und Gewissen gemacht habe!		
□ lch	willige ein, dass mein	e personenbezoge	nen Daten durch den OÖ. Landesverband		
für Bie	enenzucht zum Zweck	der Bearbeitung o	les Versicherungsfalles und für statistische		
			uständige Versicherungsbüro weitergeleitet		
bitte		rechte aus der Dat nschutzerklärung.	enschutz-Grundverordnung entnehmen Sie Diese finden Sie unter		
	vww.imkereizentrum.a	•			
Ort und	Datum		Unterschrift des/r betroffenen Imkers/in		
O.4 1	Datum		Laborachuift de als Observers - (Observers		
Ort und Datum			Unterschrift des/r Obmannes/Obfrau		