

Fragebogen zur D&O-Versicherung

Versicherungsnehmer/Interessent

Interessent	GSt.-Nr./Agentur-Nr.
Gesprächspartner	Vermittler
Straße und Hausnummer	Gesprächspartner
PLZ, Ort	
Telefon/Fax	Versicherungsschein-Nr.
E-Mail	
Homepage	Kunden-Nr.

Branche/Geschäftstätigkeit

Versicherungssummen

3 000 000 EUR
 2 000 000 EUR
 1 000 000 EUR
 500 000 EUR
 250 000 EUR
 _____ EUR

für Vermögensschäden je Versicherungsjahres das Einfache.

Angaben zur Beitragsberechnung

	Vorjahr	Lfd. Geschäftsjahr (geschätzte Zahlen)
Gesamt-Jahresumsatzsumme in EUR		

Angaben zum Risiko

1. Ist das Unternehmen ganz oder teilweise in den Bereichen Finanzdienstleistung (z.B. Bank, Versicherung, Fondsgesellschaft) oder Profisport tätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Wurde das Unternehmen in den vergangenen zwei Jahren gegründet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Ist der konsolidierte Umsatz des Unternehmens größer als 25 Mio EUR?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Ist das konsolidierte Eigenkapital des Unternehmens negativ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. War das letzte Jahresergebnis des Unternehmens negativ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Ist das Umlaufvermögen kleiner als die kurzfristigen Verbindlichkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Werden Anteile des Unternehmens und/oder einer Tochtergesellschaft an der Börse oder in sonstiger Weise gehandelt oder ist ein solcher Handel derzeit geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Ist das Unternehmen eine Tochtergesellschaft eines anderen Unternehmens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Hat das Unternehmen Tochtergesellschaften in den USA oder in Kanada?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Wurde durch das Unternehmen und/oder eine Tochtergesellschaft in den letzten zwei Jahren eine Firmenübernahme oder eine Fusion durchgeführt oder ist eine solche derzeit geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Wurden jemals gegen eine der zu versichernden Personen Ansprüche im Sinne der beantragten Deckung geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Sind dem Antragsteller/den zu versichernden Personen Umstände bekannt, die zu einer Inanspruchnahme der beantragten Deckung führen könnten oder wurden bereits Ansprüche im Sinne dieser Deckung geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte fügen Sie den konsolidierten Geschäftsbericht des letzten Jahres bei, falls eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde.

Dieser Fragebogen ist von einem Mitglied des Vorstands bzw. der Geschäftsführung zu unterzeichnen und im Original beim Versicherer einzureichen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift	Position in der Gesellschaft

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Interessenten

Durch die Unterschrift bestätigen wir lediglich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ohne uns zum Abschluss eines Vertrages zu verpflichten (Striche und Nichtbeantworten gelten als Verneinung).