



In Lochfeld 4  
55743 Idar-Oberstein

Tel.: 06784-98395-0  
Fax: 06784-98395-50

E-Mail: info@aikc.de  
Internet: www.aikc.de

## Fragebogen zur Angebotsunterbreitung: Haftpflichtversicherung für Unternehmensleiter D&O (Directors&Officers-Liability-Versicherung) Haftpflichtversicherung

Firmenname		
Straße		
PLZ, Ort		
Firmengründung (Datum)		Anzahl Mitarbeiter:
Name Geschäftsführer		
Telefon/Fax		
eMail-Adresse		
Internet-Adresse		
Ansprechpartner		
Telefon/Fax		
<b>weitere Betriebsstellen, Niederlassungen</b>	<b>Inland</b>	
Straße		
PLZ, Ort		
Straße		
PLZ, Ort		
	<b>Ausland</b>	
Straße		
PLZ, Ort		
Ggf. Beiblatt verwenden		

Betriebsart / Unternehmenszweig (bitte kurze Beschreibung)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
---	-------------------------	--

Seit wann ist die Gesellschaft ohne Unterbrechung aktiv tätig?	<hr/>	
--	-------	--

Hat es in den letzten drei Jahren wesentliche Änderungen in der Anteilseignerstruktur gegeben oder ist dies für die nächsten 12 Monate zu erwarten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten/Grund)
	_____
	_____
	_____

Vereinen einzelne Organe – allein oder zusammen mit ihren Familienangehörigen – direkt oder indirekt 10 % oder mehr des Kapitals oder der Stimmrechte der Versicherungsnehmerin oder eines ihrer Tochterunternehmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja,)
	Name: _____
	Unternehmen: _____
	Stellung: _____
	Höhe der Beteiligung: _____

Vereinen einzelne Anteilseigner die nicht gleichzeitig Organe sind – allein oder zusammen mit ihren Familienangehörigen – direkt oder indirekt 10 % oder mehr des Kapitals oder der Stimmrechte der Versicherungsnehmerin oder eines ihrer Tochterunternehmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja,)
	Name: _____
	Unternehmen: _____
	Stellung: _____
	Höhe der Beteiligung: _____

Ist ein Börsengang in den kommenden 12 Monaten beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten)
	_____
	_____
	_____

Tochterunternehmen:  Sollen inländische Tochterunternehmen mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja,)
	Name: _____
	Sitz: _____
	Rechtsform: _____
Sollen ausländische Tochterunternehmen (ohne USA/Kanada) mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja,)
	Name: _____
	Sitz: _____
	Rechtsform: _____

Firmenübernahme und Fusionen: Hat die Versicherungsnehmerin oder eines ihrer Tochterunternehmen im letzten Jahr eine Firmenübernahme oder Fusion durchgeführt, damit begonnen oder wurden bzw. werden für die nächsten 12 Monate solche Schritte öffentlich angekündigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten) <hr/> <hr/>
---	---

Sind Ihnen Versicherungen durch andere Versicherer abgelehnt, gekündigt oder aufgehoben worden, durch die gleiche oder vergleichbare Interessen, Gefahren oder Risiken versichert werden wie mit Ihrer angefragten Versicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten) <hr/> <hr/>
---	---

Ist jemals gegen zu versichernde Personen ein Schadenersatzanspruch gestellt worden, der unter die Deckung dieser Versicherung fallen könnte, oder sind Umstände bekannt, die zu einem Schadenersatzanspruch führe könnten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten) <hr/> <hr/>
---	---

Wurde im letzten Geschäftsjahr ein nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag ausgewiesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten) <hr/> <hr/>
---	---

Sind in den letzten 5 Jahren Dienstverhältnisse von Unternehmensleitern der Gesellschaft vorzeitig beendet oder nicht verlängert worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten) <hr/> <hr/>
--	---

Wir die Mitversicherung leitender Angestellter gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, bitten Einzelheiten) <hr/> <hr/>
---	---

Gewünschter örtlicher Geltungsbereich?	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Welt ohne USA/Kanada
--	---

Höhe der gewünschten Deckungssumme:	<input type="checkbox"/> 250.000 € <input type="checkbox"/> 500.000 € <input type="checkbox"/> 1.000.000 € <input type="checkbox"/> 1.500.000 € <input type="checkbox"/> 2.000.000 € <input type="checkbox"/> 2.500.000 € <input type="checkbox"/> 3.000.000 € <input type="checkbox"/> 4.000.000 € <input type="checkbox"/> 5.000.000 € <input type="checkbox"/> Höhere Deckungssumme: _____  Maximierung p.a.: <input type="checkbox"/> 1-fach <input type="checkbox"/> 2-fach <input type="checkbox"/> andere: _____
-------------------------------------	--

Gewünschte Selbstbeteiligung?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1000 €* <input type="checkbox"/> 2000 €* <input type="checkbox"/> 3000 €* <input type="checkbox"/> 4000 €* <input type="checkbox"/> 5000 €*  * = Selbstbeteiligung je Schadenfall
-------------------------------	---

Gewünschte Erweiterungen:	<input type="checkbox"/> Spezial-Strafrechtsschutz (SSR) <input type="checkbox"/> Anstellungsvertrags-Rechtsschutz
---------------------------	---

Wie hoch waren die folgenden Unternehmensdaten bzw. Konzernzahlen in den letzten Jahren?		
	Letztes Geschäftsjahr	Vorletztes Geschäftsjahr
Bilanzsumme		
Eigenkapital		
Umlaufvermögen		
Kurzfristige Verbindlichkeiten (bis 1 Jahr)		
Operatives Ergebnis		
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit		
Jahresüberschuss vor Steuern		
Umsatz		

Ergänzende Anlagen:	<input type="checkbox"/> aktueller, konsolidierter u. vollständ. Geschäftsbericht / Jahresabschluss <input type="checkbox"/> aktuelles Konzern-Organigramm mit Beteiligungsangaben in Prozent
---------------------	--

<b>Vorversicherung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (einer Anfrage beim Vorversicherer wird zugestimmt)			
Name und Adresse des Vorversicherers				
Versicherungsschein-Nr.				
Schäden in den letzten 3 Jahren	Jahr	Anzahl	Zahlungen	Reserven
Erläuterung zur Schadensituation, wie z.B. besondere Ereignisse, Großschäden, Reserven usw.				

**Wichtige Information**

**Der Risikoerfassungsbogen ist vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen, ist Grundlage der Angebotsunterbreitung. Streichungen oder Auslassungen werden als NEIN gewertet. Unrichtige Angaben zu den Gefahrumständen oder das arglistige Verschweigen sonstiger Gefahrumstände können uns zum Rücktritt oder zur Versagung des Versicherungsschutzes berechtigen. Im Falle arglistiger Täuschung können wir darüber hinaus den Versicherungsvertrag anfechten. Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt.**

Vermittlerangaben	Ihre Personal-Nr:	
Name / Stempel		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Interessenten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Vermittler