

Fragebogen für Organe juristischer Personen

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre Firma gerne kennenlernen. Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben besteht für keine Partei die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages.

Bitte per TELEFAX oder E-MAIL an die AFB GmbH Fax-Nr.: +49 211 4936558 · E-MAIL: info@afb24.de

1. Ihr Betrieb

Name:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	Land:
Firmengründung:	
Branche/Tätigkeit:	
Vereins-/Stiftungszweck:	

2. Unternehmenskennzahlen

Bei Konzernen bitten wir um die Überlassung der konsolidierten Kennzahlen!	Letztes Geschäftsjahr	Vorletztes Geschäftsjahr
Bilanzsumme	Mio. €	Mio. €
Umsatz	Mio. €	Mio. €
Jahresüberschuss/fehlbetrag	Mio. €	Mio. €
Eigenkapital	Mio. €	Mio. €

3. Tochtergesellschaften

Gibt es Tochtergesellschaften i.S.v. § 290 Abs. 2 HGB außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte die Länder, in denen sich die Tochtergesellschaften befinden sowie die dort erwirtschafteten Umsätze.		
Land	Umsatz	
		Mio. €
		Mio. €
		Mio. €
		Mio. €

4. Börsenhandel

Werden Unternehmensanteile an einer Börse gehandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , an welcher Börse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , wie hoch ist die derzeitige Marktkapitalisierung?		Mio. €
Ist ein Börsengang geplant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , bitten wir um Detailinformationen zum geplanten Börsengang:		

5. Beteiligung am Unternehmen

Gibt es einen Anteilseigner, der mehr als 50% der Unternehmensanteile direkt oder indirekt hält?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		
Gibt es zu versichernde Personen, inkl. deren Ehepartner, Eltern und Kinder, die mehr als 20% der Unternehmensanteile halten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		
Ist eine Änderung der Gesellschafterstruktur geplant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		

6. Personen

Wurde in den letzten 3 Jahren ein Dienstverhältnis mit einer versicherten Person vorzeitig beendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Name, Position und den Trennungsgrund:		

7. Unternehmensentwicklung

Wurden in den letzten Jahren Firmen übernommen oder Tochtergesellschaften gegründet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		
Sind Gründungen von Tochtergesellschaften oder Firmenübernahmen geplant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		
Sind Änderungen der Tätigkeitsbereiche bei der Gesellschaft oder einer Tochtergesellschaft geplant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		

8. Versicherungssumme

<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> € 5.000.000	<input type="checkbox"/> andere: €
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

9. Vorversicherung

Bestand für das Unternehmen oder eine Tochtergesellschaft jemals eine D&O-Versicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Versicherer:	Jahresprämie: €	
Versicherungssumme: €	Dauer der Nachhaftung: Jahre	
Die Vorversicherung wurde gekündigt durch:	<input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer
Gründe für die Kündigung:		
Wurde jemals ein Antrag auf D&O-Versicherung abgelehnt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		

10. Vorschäden

Wurden während der vergangenen 5 Jahre gegenüber versicherten Personen der Versicherungsnehmerin oder deren Tochtergesellschaften Ansprüche im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit erhoben oder androht oder sind Pflichtverletzungen bekannt, die zu einer Inanspruchnahme führen können?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , nennen Sie uns bitte Details:		

Mit einer Vorversichereranfrage bin ich/sind wir einverstanden.

Der Unterzeichner ist allein befugt, im Namen der zu versichernden Personen und für das Unternehmen zu zeichnen und diese zu verpflichten. Er erklärt, die oben stehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und keine für die Übernahme dieser Versicherung wichtigen Aspekte verschwiegen oder nicht richtig wiedergegeben zu haben. Er verpflichtet sich, Änderungen, die sich vor oder nach dem Abschluss des Vertrages ergeben haben, unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen.

Diese ausgefüllte Erklärung sowie eventuelle Anlagen werden bei Abschluss eines Vertrages Grundlage und Bestandteil des Versicherungsvertrages. Die Risikoangaben sind vorvertragliche Anzeigen. Hinsichtlich der Folgen bei der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verweisen wir auf die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel