

**Fragebogen Hiscox Manager  
Für Organe juristischer Personen**

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

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und verwenden Sie falls notwendig ein Beiblatt.**

| 1. IHR BETRIEB           |  |             |                 |
|--------------------------|--|-------------|-----------------|
| Name:                    |  |             |                 |
|                          |  | Rechtsform: |                 |
| Gesetzliche Vertreter:   |  |             |                 |
| Adresse:                 |  |             |                 |
| Telefon:                 |  | Telefax:    |                 |
|                          |  | eMail:      |                 |
| Homepage:                |  |             | Firmengründung: |
| Branche / Tätigkeit:     |  |             |                 |
| Vereins-/Stiftungszweck: |  |             |                 |

**2. UNTERNEHMENSKENNZAHLEN**

| (Bei Konzernen: konsolidierte Konzernkennzahlen) | Letztes Geschäftsjahr<br>Von | Bis | Vorletztes Geschäftsjahr |
|--|------------------------------|-----|--------------------------|
| Bilanzsumme (konsolidiert)                       |                              |     | Mio. €                   |
| Umsatz   |                              |     | Mio. €                   |
| Jahresüberschuss / -fehlbetrag                   |                              |     | Mio. €                   |
| Eigenkapital                                     |                              |     | Mio. €                   |

**3. KURZFRAGEBOGEN FÜR UNTERNEHMEN MIT EINER BILANZSUMME ≤ 10 MIO. €**

**Sofern die Fragen 3.1 bis 3.8 mit Nein beantwortet werden und die konsolidierte Bilanzsumme ≤ 10 Mio. €,**  
**→ Bitte weiter bei Frage 10,**  
**→ Sollten Sie eine oder mehrere Fragen mit JA beantworten weiter bei Frage 4.**

|   |                                      |                             |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| 3.1 Ist die Versicherungsnehmerin bei Hiscox bereits haftpflichtversichert oder hat sie in den letzten 3 Monaten eine Versicherungsanfrage an Hiscox gestellt?  | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Ist die Versicherungsnehmerin in den folgenden Bereichen tätig?<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzdienstleistung</li> <li>• Wehrtechnik, Waffen und Munition</li> <li>• Biotechnologie, Chemie und Pharma</li> <li>• Hoch-, Tief- und Straßenbau</li> <li>• Luft- und Raumfahrt</li> <li>• Profi-Sport</li> </ul> | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Wurde die Versicherungsnehmerin innerhalb der letzten drei Jahre gegründet?   | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Ist die Versicherungsnehmerin oder eine Tochtergesellschaft an der Börse notiert?   | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.5 Ist das konsolidierte Eigenkapital der Versicherungsnehmerin negativ?   | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.6 Hat die Versicherungsnehmerin im letzten Geschäftsjahr einen konsolidierten Jahresfehlbetrag erwirtschaftet?  | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.7 Hat die Versicherungsnehmerin (einschließlich aller Tochtergesellschaften) in den letzten 12 Monaten eine Tochtergesellschaft gegründet bzw. erworben oder beabsichtigt sie dies innerhalb der nächsten 6 Monate?   | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| 3.8 Wünscht die Versicherungsnehmerin Versicherungsschutz für die USA, Kanada oder Australien?  | <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

| 4. TOCHTERGESELLSCHAFTEN   |  |
|--|--|
| Gibt es Tochtergesellschaften i.S.v. § 290 Abs. 2 HGB  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt |
| Wird der Einschluss einer oder mehrerer Tochtergesellschaften gewünscht?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja            |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Name und Anschrift der zu versichernden Tochtergesellschaften in gesonderter Anlage. |  |

| 5. BÖRSENHANDEL   |   |
|---|---|
| Werden Unternehmensanteile an einer Börse gehandelt?                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , an welcher Börse?                                    |   |
| Ist ein Börsengang geplant?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , bitte Details zum Zeitpunkt und zur geplanten Börse: |   |

| 6. BETEILIGUNG AM UNTERNEHMEN   |   |
|---|---|
| Gibt es einen Anteilseigner, der mehr als 50% der Unternehmensanteile direkt oder indirekt hält?                              | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , 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"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |
| Ist eine Änderung der Gesellschafterstruktur geplant?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |

| 7. PERSONEN   |   |
|---|---|
| Anzahl der aktuell beschäftigten Mitarbeiter:   |   |
| Davon Leitungsorgane (z.B. Vorstände, Geschäftsführer):   |   |
| Davon Kontrollorgane (z.B. Aufsichtsräte, Beiräte):   |   |
| Wurde in den letzten 5 Jahren ein Dienstverhältnis mit einer versicherten Person vorzeitig beendet? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Name, Position und Trennungsgrund:                            |   |

| 8. UNTERNEHMENSENTWICKLUNG  |   |
|---|---|
| Wurde Name oder Gesellschaftsform des Unternehmens in den letzten 5 Jahren geändert?                | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |
| Wurden in den letzten Jahren Firmen übernommen oder Tochtergesellschaften gegründet?                | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |
| Sind Gründungen von Tochtergesellschaften oder Firmenübernahmen geplant?                            | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |
| Sind Änderungen der Tätigkeitsbereiche bei der Gesellschaft oder einer Tochtergesellschaft geplant? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |

| 9. USA / KANADA / AUSTRALIEN   |   |
|--|---|
| Gibt es Tochtergesellschaften oder Niederlassungen in USA, Kanada oder Australien? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                 |
| Haben Sie Handelsbeziehungen mit den USA, Kanada oder Australien?                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, % des Umsatzes |

| 10. VERSICHERUNGSSUMME               |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 125.000,-   | <input type="checkbox"/> 250.000,-   | <input type="checkbox"/> 500.000,-   | <input type="checkbox"/> 750.000,-   |
| <input type="checkbox"/> 1.000.000,- | <input type="checkbox"/> 1.500.000,- | <input type="checkbox"/> 2.000.000,- | <input type="checkbox"/> 5.000.000,- |
| <input type="checkbox"/> andere:     |                                      |                                      |                                      |

| 11. VORVERSICHERUNG   |   |
|---|---|
| Bestand für das Unternehmen oder eine Tochtergesellschaft jemals eine D&O-Versicherung? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                         |
| Versicherer:  | Jahresprämie: €   |
| Claims-made (=Anspruchserhebungsprinzip):   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                         |
| 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"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:          |   |

| 12. VORSCHÄDEN   |   |
|--|---|
| Wurde jemals ein Anspruch gegen ein ehemaliges oder gegenwärtiges Organmitglied des Unternehmens oder eines der mitversicherten Tochterunternehmen im Sinne der D&O-Versicherung erhoben?                      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , stellen Sie uns bitte die genauen Details (Datum der Ansprucherhebung, Schadenhergang, Schadenhöhe, Entschädigungsleistung, Selbstbehalt, Möglichkeit weiterer Ansprüche etc.) zur Verfügung. |   |

|   |   |
|---|---|
| Sind dem Antragsteller oder einer zu versichernden Person Sachverhalte bekannt, die zu einer Ansprucherhebung im Sinne der D&O-Versicherung führen könnten? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn <b>Ja</b> , nennen Sie uns bitte Details:  |   |

| 13. BANKVERBINDUNG ZUR ABBUCHUNG DES VERSICHERUNGSBEITRAGES |                |
|---|----------------|
| Kontonummer   | Kontoinhaber   |
| Bankleitzahl  | Kreditinstitut |

**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. Bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ist der Versicherer berechtigt von dem Vertrag zurückzutreten.**

|            |               |              |                              |
|------------|---------------|--------------|------------------------------|
| Ort, Datum | Firmenstempel | Unterschrift | Stellung in der Gesellschaft |
|------------|---------------|--------------|------------------------------|

|   |
|---|
| Wir bitten Sie um die Überlassung folgender Unterlagen:   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>den aktuellen (konsolidierten) Geschäftsbericht inkl. aller Anhänge &amp; Testate*</b></li> <li>• <b>ein Firmenorganigramm, sofern verbundene Gesellschaften existieren</b></li> <li>• <b>den Börsenprospekt, sofern vorhanden</b></li> </ul> |
| * Bis zu einer Bilanzsumme ≤ 20 Mio. € und einer Versicherungssumme ≤ 1,5 Mio. € muss der Geschäftsbericht nur auf Verlangen des Versicherers eingereicht werden.   |