

Bitte zurück an:

ATOS Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Prof.-Heller-Str. 30

36043 Fulda

Telefon: 0661/94250-344
Telefax: 0661/38047-50
E-Mail: info@atos-fulda.de

Versicherungsnehmer (Vollständiger Name, Firmenbezeichnung und Anschrift)			
Unternehmensdaten für das Geschäftsjahr _____	Betriebsbeschreibung		
	Gesamtumsatz (Außenumsatz)		(volle TEUR)
	Beschäftigtenanzahl		
Rechtlich selbst- ständige Tochter- und Beteiligungs- unternehmen (In- und Ausland)			
A. Produkt- programm (ggf. Anlage beifügen)	1. Welche Produkte/Produktgruppen werden hergestellt (auch als Zulieferer) bzw. in Verkehr gebracht? (Bitte alle Produkte auflisten!)*		
	Produktart	In welchem Land hergestellt?	Umsatz in EUR
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

B. Produktsicherheit/ Qualitätsmanagement	2. Ist in Ihrem Unternehmen ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem installiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:*
	3. Wie ist die Endkontrolle geregelt?* (z.B. Stichprobenkontrolle)
	4. Werden regelmäßige Betriebs- oder Produktkontrollen durch Aufsichtsbehörden durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	5. Ist nachvollziehbar, welche Produkt-Chargen an welche Abnehmer (Händler) geliefert wurden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	6. Gibt es einen Maßnahmenplan bei Erkennen von sicherheitsrelevanten Mängeln an Produktserien nach Auslieferung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:*
optionale Deckungserweiterung: 24-Std.-Warn-/Rückrufsystem	Besteht Interesse an der Einrichtung eines individuellen 24-Std.-Warn-/Rückrufsystems zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Zusatz-Fragebogen ausfüllen!)
C. Deckungssumme	7. Welche Deckungssumme wird gewünscht? <input type="checkbox"/> 0,3 Mio EUR <input type="checkbox"/> 0,5 Mio EUR <input type="checkbox"/> 1 Mio EUR
D. Anzeigepflichten (§ 16 ff VVG)	8. Fanden in den letzten 3 Jahren Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit der Sicherheits- oder Gesundheitsrelevanz der von Ihnen hergestellten oder in Verkehr gebrachten Produkte statt oder sind derzeit Verfahren dieser Art anhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (<u>bitte genaue Angaben</u>)* _____
	9. Sind Umstände bekannt, die auf die mangelnde Sicherheit eines Produktes gemäß A.1. hinweisen? (z.B. übermäßige Reklamationen, Produkthaftungsansprüche) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:*\br/>_____
	10. Sind Umstände bekannt, die einen Amtshaftungs-/ Schadenersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber einer Behörde auslösen können? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:*\br/>_____
	Ich bestätige, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß sind und dass ich Änderungen, die sich vor Abschluss des Vertrages ergeben, unverzüglich dem Versicherer mitteilen werde. Datum _____ Unterschrift _____ Funktion _____

* Bitte verwenden Sie ggf. ein weiteres Blatt für Ihre Ausführungen.