

**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](mailto:info@atos-fulda.de)

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