

**Fragebogen für Professions by Hiscox
 Labore**

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

IHR BETRIEB			
Name		Vermittlerdaten	
Straße, Nr.		Name	
PLZ, Ort, Land			
Firmengründung		Agenturnummer	

UNTERNEHMENSKENNZAHLEN		
Bei Konzernen bitten wir um die Überlassung der konsolidierten Kennzahlen!	Schätzung laufendes Geschäftsjahr	Letztes Geschäftsjahr
Umsatz gesamt	€	€
davon Umsätze im Ausland	€	€
Anzahl Mitarbeiter insgesamt	Prüfungsrelevant	Administrativ tätig

TOCHTERGESELLSCHAFTEN	
Gibt es Tochtergesellschaften oder Niederlassungen außerhalb des EWR?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Länder, in denen sich diese befinden, sowie die dort erwirtschafteten Umsätze.	
Land	Umsatz
	€
	€

DIE 3 GRÖSSTEN VERTRÄGE/PROJEKTE DES VERSICHERUNGSNEHMERS			
Name des Kunden	Branche des Kunden	Art und Dauer des Vertrages	Umsatz in €

BERUFLICHE QUALIFIKATION DER MITARBEITER IN SCHLÜSSELFUNKTIONEN		
Name	Qualifikation	Berufserfahrung

VERSICHERUNGSSUMMEN			
für Vermögensschäden			
<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 3.000.000	<input type="checkbox"/> andere
für Personen- und Sachschäden			
<input type="checkbox"/> € 3.000.000	<input type="checkbox"/> € 5.000.000	<input type="checkbox"/> andere	

SELBSTBEHALT			
<input type="checkbox"/> € 2.500	<input type="checkbox"/> € 5.000	<input type="checkbox"/> € 10.000	<input type="checkbox"/> andere

TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG**Art der Prüfung**

Anti-Doping Analytik	%	Hygiene im Gesundheitswesen	%
Arzneimittel und Wirkstoffe	%	In-vitro-Fertilisation (IvF)	%
Brandverhalten und -schutzeinrichtungen	%	Medizinische Labordiagnostik	%
Chemie und chemisch-physikalische Analytik	%	Verterinärmedizinische Laboratoriumsdiagnostik	%
Elektromagnetische Strahlung / Verträglichkeit	%	Werkstoffprüfungen	%
Altlasten: Analytik von Wasser mit Probenahme	%	Altlasten: Analytik von Wasser ohne Probenahme	%
Altlasten: Analytik von Boden mit Probenahme	%	Altlasten: Analytik von Boden ohne Probenahme	%
Altlasten: Analytik von Bodenluft mit Probenahme	%	Altlasten: Analytik von Bodenluft ohne Probenahme	%

Gegenstand der Prüfung

Abfall	%	Kosmetika	%
Arzneimittel	%	Kunststoffe	%
Baugrunduntersuchung	%	Lebensmittel und Lebensmittelanalytik	%
Baustoffe und -produkte	%	Maschinen	%
Blut und Gewebe von Menschen	%	Medizinprodukte (z.B. Implantate, EEG, EKG)	%
Blut und Gewebe von Tieren	%	Messgeräte	%
Boden, Schlamm, Altlasten	%	Wasser und Abwasser	%
Futtermittel	%	Werkstoffprüfungen	%

In Ergänzung der oben abgefragten Informationen bitten wir um die Überlassung einer detaillierten Beschreibung Ihrer Tätigkeit.

WEITERE FRAGEN ZUM RISIKO	
Der Versicherungsnehmer vergibt derzeit mehr als 40 % seiner Leistungen an Subunternehmer.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, teilen Sie uns bitte mit, nach welchen Kriterien die Subunternehmer ausgesucht werden, wie diese kontrolliert werden und ob sichergestellt ist, dass diese über eine eigene Berufs-Haftpflichtversicherung verfügen.	
Der Versicherungsnehmer verwendet Allgemeine Geschäftsbedingungen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, überlassen Sie uns bitte eine Kopie.	
Zwischen dem Versicherungsnehmer und seinen Auftraggebern bestehen Kapitalverflechtungen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, nennen Sie uns bitte Details.	
Führen Sie Probenahmen durch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, bitten wir um weitere Informationen, wer für die Bestimmung von Art, Umfang und Anzahl der Probenahmen verantwortlich ist.	
Führen Sie Analysen von Blut und Gewebe von Menschen durch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, bitten wir um folgende weitere Informationen: <ul style="list-style-type: none"> - Was ist der Gegenstand der Prüfung? - Erfolgen die Analysen auf der Basis eines Standardverfahrens oder auf der Basis individueller Vorgaben durch den Auftraggeber? - Wer ist für die Kommunikation der Analyseergebnisse verantwortlich? 	
Ist Ihr Unternehmen zertifiziert oder akkreditiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Ja“, bitten wir um Details hinsichtlich der Zertifizierung/Akkreditierung.	
Wenn Sie eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, nennen Sie uns bitte Details auf einem separaten Beiblatt.	

VORVERSICHERUNG	
Besteht für den Versicherungsnehmer eine Vorversicherung? Wenn ja, bitten wir um die Überlassung der folgenden Informationen.	
Versicherer	Versicherungssumme €
Dauer der Nachhaftung in Jahren	Jahresprämie €
Gründe für die Kündigung	Kündigung der Vorversicherung durch den <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer

VORSCHÄDEN	
Gegenüber dem Versicherungsnehmer oder anderen mitversicherten Personen wurden im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit während der vergangenen 5 Jahre Ansprüche erhoben oder angedroht, oder es sind Umstände bekannt, die zu einer Inanspruchnahme führen können.	<input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Der Versicherungsnehmer hat in den vergangenen 5 Jahren einen Schaden durch die Unredlichkeit eines Mitarbeiters erlitten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Der Versicherungsnehmer ist derzeit mit einem seiner Aufträge oder Projekte im Verzug.	<input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Wenn Sie eine der Fragen mit „Trifft zu“ beantwortet haben, nennen Sie uns bitte Details auf einem separaten Beiblatt.	

Mit einer Vorversichereranfrage erkläre ich mich einverstanden.
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). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass vorstehende Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum	Unterschrift und Firmenstempel des Antragstellers	Versicherungsvermittler
------------	---	-------------------------