FRAGEBOGEN
AGG-Versicherung

Haftpflichtversicherung von Ersatzansprüchen wegen Diskriminierung

DIE HAFT PFLICHT KASSE

☐ Neuvertrag ☐ Änderung eines bestehenden Vertrages (Policen-Nr.) _____

Name des Interessenten: _____
Name / Vorname / Firma

Adresse des Interessenten: _____
Straße, Nr., Postleitzahl, Ort

Risikoort/-anschrift: _____
Straße, Nr., Postleitzahl, Ort

Betriebsbezeichnung/Art des zu versichernden Betriebs: _____

Wann wurde der Betrieb übernommen? _____

Telefon: _____ Telefax: _____ E-Mail: _____

1. Anzahl der Beschäftigten: _____
   (Maßgeblich ist hier die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten im Betrieb pro Kalenderjahr gemäß Meldung an die Berufsgenossenschaft)
2. Wurden bzw. werden die Mitarbeiter auf die Unzulässigkeit von Diskriminierungen hingewiesen?
   (z.B. im Rahmen beruflicher Aus- und Fortbildung)

   ☐ ja
   ☐ nein
   ☐ wird bis zum _____ nachgeholt
3. Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre wegen der Verletzung eines Diskriminierungsverbotes eine Entschädigung geleistet bzw. sind Umstände bekannt, die solche Ansprüche nach sich ziehen können?

   ☐ nein
   ☐ ja (bitte nähere Erläuterungen in gesonderter Anlage zu Datum/Grund/Höhe)
4. Vorversicherung:

   Bestehen oder bestanden gleichartige Versicherungen bei anderen Gesellschaften?

   ☐ nein ☐ ja, gekündigt zum _____ durch ☐ VN ☐ Versicherer

   Gesellschaft: _____ Vers.-Nr.: _____

   Versicherungssumme: _____ Ablauf: _____
5. Vorschäden: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____ Entschädigung: _____
6. Gewünschte Versicherungssumme: ☐ 100.000 EUR ☐ 300.000 EUR ☐ 500.000 EUR ☐ 1.000.000 EUR
   (jeweils 1-fach jahresmaximiert)
7. Versicherungsbeginn: _____ 0:00 Uhr Versicherungsablauf: _____ 24:00 Uhr
8. Zahlweise: 1/___ jährlich (Bei Ratenzahlungen werden folgende Zuschläge erhoben: halbjährlich: 3%, vierteljährlich: 5%)

Wichtiger Hinweis:

Der Unterzeichnende ist sich der Bedeutung der vorstehenden Fragen für den Abschluss bzw. die Fortführung des Versicherungsvertrags bewusst (§§ 16 ff. Versicherungsvertragsgesetz) und bestätigt – auch im Namen des Versicherungsnehmers / Antragstellers – diese nach sorgfältiger Prüfung und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

_____ , den _____ _____

Ort Datum Unterschrift mit Firmenstempel und ggf. Vermittler-Nr.