

# FRAGEBOGEN

zur „AGG-Police“

Versicherungsgesellschaft:

Neu  Änderung

zur Versicherungs-Nr.  per Fax an: **08233 - 30556**

<b>Antragsteller/ Versicherungs- nehmer</b>	Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Eheleute <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Sonstiges:		Besondere Anrede / Titel	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Zuname / Firma	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Namenszusatz	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Vorname / Firma	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Geburtsname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Straße, Hausnummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Postfach	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Postleitzahl, Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Staatsangehörigkeit	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Geburtsdatum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				Geburtsort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Haus-/Wohneigentümer	<input type="checkbox"/> leit. Angestellte <input type="checkbox"/> Vereine/Verbände <input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Beamte <input type="checkbox"/> Selbständige <input type="checkbox"/> Unternehmen	E-Mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
				Haushaltsgröße:	<input type="checkbox"/> Ein-Personen-Haushalt <input type="checkbox"/> Mehr-Personen-Haushalt	

<b>Vertragsdauer/ Zahlweise</b>	Antragsdatum <input style="width: 80%;" type="text"/>	Beginn (mittags 12 Uhr) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Ablauf (mittags 12 Uhr) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Zahlweise
	Betragt die Dauer mindestens 1 Jahr, so verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.			<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> monatlich

<b>Risikoermittlung</b>	Versicherungssumme	
<b>bitte das Zutreffende ankreuzen →</b>		
Anzahl der Beschäftigten: <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Verletzung eines Diskriminierungs-Verbotes eine Entschädigung geleistet bzw. sind Umstände bekannt, die solche Ansprüche nach sich ziehen können? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte nähere Erläuterung in gesonderter Anlage zu Datum/Grund und Höhe)		
Wurden bzw. werden die Mitarbeiter, z.B. im Rahmen beruflicher Aus- und Weiterbildung, auf die Unzulässigkeit der Diskriminierung hingewiesen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wird nachgeholt bis zum (Datum) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Betriebsbeschreibung (alle Betriebsarten Tätigkeiten)		
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		

Ihr Jahresumsatz in EUR	Versicherungssumme in EUR (pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden)								
	100.000	125.000	250.000	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	2.500.000
bis 500.000									
bis 1,0 Mio.									
bis 2,5 Mio.									
bis 5,0 Mio.									
bis 12,5 Mio.									
bis 25 Mio.									

Höhere Versicherungssummen und Jahresumsätze auf Anfrage

<b>Vorversicherer /</b>	Bestehen oder bestanden gleichartige Versicherungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gekündigt zum <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>Vorschäden</b>		durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer
Gesellschaft, Vers.-Nr.:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Versicherungssumme	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Ablauf: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Vorschäden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl <input style="width: 50px;" type="text"/>	Entschädigung: <input style="width: 100px;" type="text"/>

Unterschrift Ort / Datum	Vermittler
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>