

Vermittlernummer

B-Nr.b

____ / ____ / ____

Versicherungsscheinnummer (Beispiel: AS-1234567890)

_____ - _____

ALLIANZ COMMERCIAL

Questionnaire for liability insurance in favor of German Commercial Client's foreign subsidiary

Fragebogen für die Haftpflichtversicherung zugunsten der Auslandsniederlassung eines deutschen Firmenkunden

If possible, please fill in English/Wenn möglich, bitte in Englisch ausfüllen

Hinweis: Soweit eine Pflichtversicherung im Bereich Workers' Compensation/Employers' Liability in Betracht kommt (wie z. B. UK, Irland), Anfrage Underwriting/Fachberatung.

A. German parent company/Angaben zur deutschen Muttergesellschaft

Name _____

Policy number/Versicherungsscheinnummer _____

B. Foreign subsidiary/Angaben zur Auslandsniederlassung

1. Address for foreign subsidiary/Anschrift der Auslandsniederlassung

Name _____

Address/Anschrift _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ www. _____

2. Contact person at foreign subsidiary/Ansprechpartner bei der Auslandsniederlassung

Name _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

The insured/broker or agent has to inform the contact person regarding the installation of the local policy!/
Der Ansprechpartner der Auslandsniederlassung ist vom Versicherungsnehmer/Vermittler über die Installierung der lokalen Police unbedingt zu informieren!

3. Additional locations/Weitere Betriebsstätten

Address/Anschrift _____

4. Broker or agent of foreign subsidiary in this country/

Makler oder Vertreter der Auslandsniederlassung in dem betreffenden Land

Contact person/Ansprechpartner _____

Address/Anschrift _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

C. Questions about risk/Fragen zum Risiko

1. Fields of activities/Tätigkeitsbereiche (please attach catalogues/bitte Prospekte beilegen)

1.1 Manufacturing/Produktion

List of self manufactured products/Auflistung selbst hergestellter Produkte

In English, if possible:

In Deutsch:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

1.2 Sales/Vertrieb

Non self manufactured products/Nicht selbst hergestellte Produkte

a. Type/Art _____

b. Origin from/Herkunft von

Parent company/Mutterunternehmen _____ %

Other foreign subsidiaries/andere Auslandsniederlassungen _____ %

Third parties/Dritte _____ %

1.3 Other activities/Weitere Tätigkeiten

Installation/Montage _____ %

Maintenance/Wartung _____ %

Others/Andere _____ %

2. Turnover/Umsatz

a. Expected annual turnover for the current year or for the previous year/

Voraussichtlicher Jahresumsatz oder der des Vorjahres

Currency/Währung _____ Amount/Betrag _____

b. Payroll/Lohnsumme

Currency/Währung _____ Amount/Betrag _____

c. Number of employees/Beschäftigtenzahl _____

3. Export to/Export nach

Country/Land		%-share of turnover/ %-Anteil am Umsatz
Parent company/Mutterunternehmen	_____	_____ %
USA	_____	_____ %
US-Territories*	_____	_____ %
Canada	_____	_____ %
Australia	_____	_____ %
Others/Andere	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %

* US-Territories are: Puerto Rico, US Virgin Islands, American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands

D. Limits/Versicherungssummen

Provided Coverage is a Public and Product Liability Insurance based on local terms and conditions (good local standard with regard to limits, deductible, aggregate)/

Betriebs- und konventionelle Produkthaftpflicht im landesüblichen Umfang hinsichtlich Versicherungssumme, Selbstbehalt, Höchstersatzleistung

Please advise currency/Bitte Währung angeben

1. Requested limits/gewünschte Versicherungssumme

In general: at least EUR 500.000 combined single limit for bodily injuries and property damage/

Üblich: mindestens EUR 500.000 pauschal für Personen- und Sachschäden

2. Is there a policy in force?/ Besteht bereits eine Versicherung?

no/nein yes/ja

If „yes“: Limits of existing policy: _____ currency _____

Falls „ja“: Versicherungssummen
des bestehenden Vertrages _____ Währung _____

E. General questions/Allgemeine Fragen

1. Subsidiary's claims history (payments and reserves) during the last five years/

Schadenverlauf (Zahlungen und Reserven) der Auslandsniederlassung der vergangenen fünf Jahre

2. Existing Insurance/Vorversicherung

no/nein yes/ja

Insurer/Versicherer _____

Policy number/Versicherungsscheinnummer _____

Renewal date/Ablauf _____

3. Required inception date/Gewünschter Vertragsbeginn _____ at 0/0.00 Uhr

F. Remarks/Anmerkungen

Bitte Beratungsprotokoll FFB--2000Z0 beifügen!

Further information on the processing of your data can be found at www.allianz.de/datenschutz
Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.allianz.de/datenschutz

Place, Date, Signature of parent company or foreign subsidiary/
Ort, Datum, Unterschrift der Muttergesellschaft oder der Auslandsniederlassung