

/ /

Versicherungsscheinnummer (Beispiel: AS-1234567890)

-

Fragebogen zur Haftpflichtversicherung für pharmazeutische Unternehmen Produkt-Haftpflichtversicherung

Interessent Herr Frau Firma Anredezusätze _____
 Zuname, Vorname _____
 bzw. Firmierung _____
 mit Rechtsform _____
 Straße, Haus-Nr. _____
 Postleitzahl, Ort _____
 Straßen-, Ortszusatz _____
 Risikoanschrift: Str., Haus-Nr. _____
 Postleitzahl, Ort _____
 Telefon * _____ Fax * _____ E-Mail * _____
 www. * _____

Telefon, Fax, E-Mail des Vermittlers (soweit vorhanden)

Fragen zum Risiko

1. Allgemeine Informationen

Dieser Fragebogen darf **nicht** für die Herstellung und den Vertrieb von **Blutprodukten** verwendet werden.

Die Betriebshaftpflichtversicherung besteht bei

Versicherer _____ Versicherungsschein-Nr. _____

2. Versicherungsumfang / Jahresumsatz

Versichert wird die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers als pharmazeutischer Unternehmer wegen Personenschäden aus der Herstellung und/oder dem Vertrieb von solchen Arzneimitteln, für deren Gefahren er nach § 94 Arzneimittelgesetz (AMG) eine Deckungsvorsorge zu treffen hat.

2.1 Versicherungssumme (gesetzlich vorgeschrieben)

Kapitalbetrag 120.000.000,- EUR oder jährlicher Rentenbetrag 7.200.000,- EUR
 begrenzt für die einzelne Person auf
 Kapitalbetrag 600.000,- EUR oder jährlicher Rentenbetrag 36.000,- EUR

2.2 Jahresumsatz

2.2.1 Jahresumsatz des Unternehmens (ohne MwSt.) insgesamt _____ EUR

2.2.2 Jahresumsatz aus Arzneimitteln, die im Geltungsbereich des AMG zur Abgabe an den Verbraucher in Verkehr gebracht werden und der Deckungsvorsorge unterliegen (Zulassungspflichtige oder durch Rechtsverordnung von der Zulassungspflicht befreit):

rezeptpflichtig _____ EUR
 apothekenpflichtig _____ EUR
 frei verkäuflich _____ EUR

2.2.3 die Arzneimittel werden ausschließlich im eigenen Betrieb
 auch von Dritten
 an den Verbraucher abgegeben.

3. Vereinbarungen

Haben Sie Regressverzichtsvereinbarungen getroffen bezüglich Arzneimitteln, die von anderen Unternehmen hergestellt worden sind (z. B. Lohnherstellern)?

nein ja

(Bitte diese Vereinbarungen belegen, die Mitversicherung von Regressverzichtsvereinbarungen hängt von einer positiven Einzelfallprüfung ab. Hinweis: für Freistellungsvereinbarungen kann kein Versicherungsschutz geboten werden.)

4. Vertragsbeginn / Vertragsdauer

gewünschter Vertragsbeginn (0.00 Uhr)

Vertragsende (0.00 Uhr)

Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

5. Beitragsberechnung

Umsatz aus Ziffer 2.2.2

Jahresumsatz aus Arzneimitteln, die dem Geltungsbereich des AMG unterliegen _____ EUR

rezeptpflichtig _____ EUR

apothekenpflichtig _____ EUR

frei verkäuflich _____ EUR

Nettobeitrag _____ EUR

zuzüglich gesetzlicher Versicherungsteuer von derzeit 19%

.....

Bitte Beratungsprotokoll FFB--2000Z0 beifügen!

.....

6. Unterschriften

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.
Wenn ein Vertrag zustande kommt, wird dieser Fragebogen Vertragsbestandteil.

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten

Unterschrift des Vermittlers