

Vermittlernummer

B-Nr.b

____ / ____ / ____

Versicherungsscheinnummer (Beispiel: AS-1234567890)

_____ - _____

ALLIANZ COMMERCIAL

Fragebogen zur Produkt-Haftpflichtversicherung für pharmazeutische Unternehmen

Interessant

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)

* freiwillige Angaben

Allgemeine Information

Die Betriebshaftpflichtversicherung besteht bei

Versicherer

Versicherungsschein-Nr.

Fragen zum Risiko

**1. Stellen Sie Blutprodukte im Sinne des § 2 des Transfusionsgesetzes (TFG) her
oder liefern Sie derartige Blutprodukte?**

ja nein

Hinweis:

„Ja“: In diesem Fall erübrigt sich die weitere Risikoprüfung, da wir das Pharmaprodukthaftpflichtrisiko nicht zeichnen.

„Nein“: Weiter mit Ziffer 2.

Allianz Versicherungs-AG

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 _____ EUR oder jährlicher Rentenbetrag _____ EUR

begrenzt für die einzelne Person auf

Kapitalbetrag _____ EUR oder jährlicher Rentenbetrag _____ 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)? ja nein

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

4. Vertragsbeginn / Vertragsdauer

gewünschter Vertragsbeginn _____ Vertragsende _____
_____ 0.00 Uhr _____ 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 Versicherungssteuer von derzeit 19%

Bitte Beratungsprotokoll FFB--2000Z0 beifügen!

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.allianz.de/datenschutz

Unterschriften

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

Ort, Datum, Interessent

Ort, Datum, Vermittler

Allianz Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Frank Sommerfeld, Vorsitzender; Lucie Bakker, Laura Gersch, Dr. Jan Malmendier, Dr. Dirk Steingröver, Dr. Dirk Vogler, Dr. Rolf Wiswesser, Ulrike Zeiler.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 150 709; für Versicherungsteuerzwecke: VersSt-Nr.: 802/V90802004778.

Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG/MwStSysRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

Sitz der Gesellschaft: München.

Registergericht: Amtsgericht München HRB 75727