|  |
| --- |
| **Verlängerungsfragebogen – Versicherung Verwahrstellen** |
| **IVersicherungsnehmer / *Policyholder:*** | tm2Anschrift1tm2Anschrift2; tm2Anschrift3 |
| Sind dem Antragsteller oder versicherten Organen Tatsachen, Beschwerden der letzten 12 Monate oder Umstände bekannt, welche zu einem unter der Police versicherten Schadenersatzanspruch führen könnten? (außer solchen die den Versicherern bereits angezeigt wurden.) (Hierzu zählen auch jegliche Vermögensdelikte und Steuerstraftatbestände im Sinne des Strafrechts) / Has any Proposer or any of its D&O any knowledge of any fact, complaint of the last 12 month or circumstances which may give rise to a claim under the proposed policy? | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
| Hat eine Veränderung des versicherten Tätigkeitsfeldes und der bei uns tätigen Schlüsselpersonen stattgefunden? / Did a change of activity or key personal take place? | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
| Haben sich die im ersten Antrag auf Versicherungsschutz gemachten Angaben zu Gesellschafterstruktur und Konzernstruktur geändert? / New ownership of insured / new group structure? | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
|  | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
| Bestehen die versicherten Fonds unverändert? (andernfalls Namen und Fondsvolumen und Investitionsfeld angeben) / Are the new funds or funds dissolved? | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
|  | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
|  | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
| Sind Fonds insolvent oder nicht in der Lage die Darlehen zu bedienen oder verstoßen aktuell einzelne Fonds gegen Verpflichtungen aus den Kreditverträgen, ohne dass die Bank dies duldet? / Fund insolvency or Fund having problems with a breach of obligations towards bank? | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
| Überwachen Sie die Solvenz der Vertragspartner der Fonds? / Do you monitor the solvency of the funds contractual partners? | JA/*Yes* | NEIN/*No* |
| Das Gesamtfondsinvestitionsvolumen beträgt aktuell / Actual funds assets under management:  |  |
| Fondsperformance / Fund performance: | Prospektgemäß oder besser % | Gewinn % | positives EBIT % | Verlust % |
| Nur bei Einschluss der Vorsatzoption oder von Strafrechtsschutz: | Mitarbeiterzahl |  | Zahl Versicherungsorte |  |
| Ich erkläre hiermit, dass ich ermächtigt bin, Namens und im Auftrag aller Beteiligten (des Unternehmens und seiner mitversicherten Tochterunternehmen sowie der Mitglieder ihrer jeweiligen Organe) dieses Formular zum Zwecke der Verlängerung des Versicherungsvertrages auszufüllen. Nach meinem besten Wissen und Gewissen sowie nach Einholung aller nötigen Erkundigungen erkläre ich ferner, dass die Angaben in diesem Antrag wahr und vollständig sind, und dass keine erheblichen Umstände falsch angegeben oder vorenthalten wurden. Für die notwendige Erkundigung genügt eine schriftlich dokumentierte fernmündliche Abfrage oder eine solche per E-Mail bei den Mitarbeitern der ersten Führungsebene und Organen. Es gilt gemäß Versicherungsschein vereinbart, dass bei vorsätzlicher und wissentlicher Unterlassung von erheblichen Angaben von zu versichernden Personen der Versicherungsschutz für diese entfällt, jedoch nicht für den Erklärenden andere versicherte Personen, sofern deren Unkenntnis fahrlässig oder unverschuldet ist. Der Versicherer verzichtet in diesem Falle und im Allgemeinen auf die Durchführung des Teilrücktritts gem. VVG §79, bzw. in Verbindung mit § 30 VVG. Gleiches gilt für die versicherten Personen für den Fall vereinbart, dass der Erklärende hierunter vorsätzlich oder wissentlich erhebliche Angaben ohne deren Wissen unterlässt.Ich verpflichte mich, den/die Versicherer unverzüglich zu informieren, sollten bis zum Zeitpunkt der Erneuerung risikoerhöhende Umstände eintreten oder bekannt werden, die auf den Entschluss des Versicherers, den Versicherungsvertrag zu unverändert zu verlängern Einfluss haben könnten. Die im Rahmen dieses Antrags gemachten Angaben werde ich bei dieser Gelegenheit entsprechend ändern und/oder ergänzen. Ich erkenne an, dass dieser Antrag (zusammen mit jeder anderen an den / die Versicherer gegebenen Information) die Grundlage des Versicherungsvertrages bildet. |
|  |
| Ort, Datum  | Unterschrift Geschäftsführung/Vorstand der Versicherungsnehmerin  |
| Notwendige Anlagen: | Geschäftsbericht Ihres Hauses | **Bitte fügen Sie eine aktualisierte Fondsliste mit den jeweiligen Fondsvolumina bei.** |