



# CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE

Zollikerstrasse 141, 8034 Zürich, Schweiz  
Telefon: +41-(0)43-210 10 10, Fax +41-(0)43-210 10 11

## Fragebogen / Antrag zur Organhaftpflicht-Versicherung (D&O)

1. Name, Rechtsform und Sitz des Unternehmens: \_\_\_\_\_
  
2. Gründungsjahr des Unternehmens: \_\_\_\_\_
  
3. Geschäftszweig, Branche: \_\_\_\_\_
  
4. Bilanzsumme: CHF \_\_\_\_\_ Umsatz: CHF \_\_\_\_\_  
Eigenkapital: CHF \_\_\_\_\_ Gewinn nach Steuern: CHF \_\_\_\_\_  
Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ (Angaben inkl. Tochterunternehmen)
  
5. Gewünschte Versicherungssumme (bitte entsprechend markieren)  
Währung  CHF  US\$  ....  
 1 Mio.  2 Mio.  3 Mio.  5 Mio.  10 Mio.  15 Mio.  20 Mio.  ... Mio.
  
6. Sollen die Organe der Personalfürsorgestiftung(en) mitversichert werden? Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und den Sitz der Stiftung sowie das Vermögen an.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
7. Gewünschter Selbstbehalt  
Selbstbehalt der versicherten Personen: \_\_\_\_\_  
Selbstbehalt der versicherten Unternehmen ausserhalb der U.S.A. \_\_\_\_\_  
Selbstbehalt der versicherten Unternehmen in den U.S.A. \_\_\_\_\_  
*(mind. US\$50.000)*
  
8. Gewünschter Vertragsbeginn  
\_\_\_\_\_



9. Angaben zu den Aktionären / Anteilseignern

9.1 Sind einzelne Aktionäre / Anteilseigner direkt oder indirekt mit 10 % oder mehr beteiligt?

- Nein  
 Ja. Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_

9.2 Falls eine vom Anteil abweichende Regelung der Stimmrechte besteht: Vertreten einzelne Aktionäre / Anteilseigner direkt oder indirekt 10 % oder mehr der Stimmrechte?

- Nein  
 Ja. Name: \_\_\_\_\_ Stimmrechte in %: \_\_\_\_

9.3 Wenn die antragstellende Gesellschaft eine Tochtergesellschaft ist, geben Sie bitte den Namen (evtl. auch zusätzliche Angaben) der obersten Muttergesellschaft an:

\_\_\_\_\_

9.4 Sind Aktionäre / Anteilseigner gleichzeitig als Organe (Verwaltungsrat, Geschäftsleitung, etc.) tätig?

- Nein  
 Ja. Name: \_\_\_\_\_ Organ/Stellung: \_\_\_\_\_ Anteile in %: \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Organ/Stellung: \_\_\_\_\_ Anteile in %: \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Organ/Stellung: \_\_\_\_\_ Anteile in %: \_\_\_\_

9.5 Sind Familienmitglieder der zu versichernden Personen Aktionäre / Anteilseigner?

- Nein  
 Ja. Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Anteile in % \_\_\_\_

9.6 Hat es in den letzten drei Jahren wesentliche Änderungen im Kreis der Aktionäre / Anteilseigner gegeben oder ist dies für die nächsten drei Jahre zu erwarten?

- Nein  
 Ja. Bitte konkretisieren:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



10. Aktionäre / Aktienkapital des Antragstellers

10.1 Aktienkapital

- Gezeichnetes Aktienkapital: \_\_\_\_\_
- Liberiertes Aktienkapital: \_\_\_\_\_
- Anzahl Namenaktien, Nennwert: \_\_\_\_\_
- Anzahl Namenaktionäre: \_\_\_\_\_
- Anzahl Inhaberaktien, Nennwert: \_\_\_\_\_
- Anzahl Inhaberaktionäre: \_\_\_\_\_
- Anzahl Aktien anderer Art (z.B. Stimmrechtsaktien, etc.), Nennwert:  
\_\_\_\_\_
- Anzahl Aktionäre mit Aktien anderer Art: \_\_\_\_\_
- Aktien kotiert an den Börsen von (seit wann?): \_\_\_\_\_

10.2 Werden irgendwo nicht kotierte Kapitalanteile (sog. "unlisted securities") gehandelt in

- U.S.A. ? \_\_\_\_\_
- anderen Ländern? \_\_\_\_\_

10.3 Ist die Mehrheit der Stimmrechte in Händen von privaten oder institutionellen Anlegern? \_\_\_\_\_

10.4 Erfolgte innert den letzten 24 Monaten oder bestehen Pläne für die nächsten 12 Monate in bezug auf eine öffentliche Platzierung von Kapitalanteilen irgendwelcher Art, einschliesslich der Tochterunternehmen? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie des Prospekts bei.  
\_\_\_\_\_

10.5 Gibt es Tochter- oder Beteiligungsgesellschaften, deren Aktien in den U.S.A. an Börsen kotiert sind oder sonstwie gehandelt werden? Wenn ja, welche Gesellschaften?  
\_\_\_\_\_



10.6 Gibt es Minderheitsaktionäre von Tochter- oder Beteiligungsgesellschaften in den U.S.A.?

Gesellschaft	Anzahl Minderheitsaktionäre	Stimmrechte in %
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10.7 Sollten sich gegenüber der Aufstellung der Tochterunternehmen im letzten Geschäftsbericht inzwischen Änderungen ergeben haben, geben Sie bitte an: Name, Sitz, Rechtsform, Geschäftszweig, Bilanzsumme, Anteil in %:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Firmenübernahmen und Fusionen

Hat die Gesellschaft oder ein Tochterunternehmen im letzten Jahr eine Firmenübernahme oder Fusion durchgeführt, damit begonnen oder wurden bzw. werden für die Zukunft solche Schritte gegenüber den Aktionären oder der Öffentlichkeit angekündigt?

Nein  Ja. Wenn ja, geben Sie bitte Details an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Bestand oder besteht für das Unternehmen oder ein Tochterunternehmen eine solche Organhaftpflicht-Versicherung?

Nein  Ja. Versicherer: \_\_\_\_\_  
Deckungssumme: \_\_\_\_\_  
Geltungsdauer: \_\_\_\_\_

13. Hat eine Versicherungsgesellschaft schon einmal abgelehnt, für eine Organhaftpflicht-Versicherung zu offerieren oder einen Vertrag zu erneuern?

Nein  Ja. Wenn ja, geben Sie bitte Details an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Ist jemals gegen zu versichernde Organe/Personen ein Schadenersatzanspruch gestellt worden, der unter die Deckung dieser Versicherung fallen könnte?

Nein  Ja. Wenn ja, geben Sie bitte Details an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



15. Erklärung zur Rückwärts-Versicherung (Bitte jeweils zutreffendes deutlich kennzeichnen)

- Dem Unternehmen, den Tochterunternehmen und den zu versichernden Personen sind **keine** Handlungen, Unterlassungen bzw. Pflichtverletzungen bekannt, von denen anzunehmen ist, dass sie zu Schadenersatzansprüchen führen könnten, die unter die Deckung dieser Versicherung fallen.

ODER

- Die Handlungen bzw. Unterlassungen gemäss den Erläuterungen auf dem beigefügten Blatt (bitte formlos als Anlage beifügen) könnten einen Schadenersatzanspruch auslösen.

Die mit den genannten Handlungen bzw. Unterlassungen im Zusammenhang stehenden Schäden sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Dieser Fragebogen ist von einem Mitglied der Geschäftsleitung oder des Verwaltungsrates zu unterzeichnen. Der Unterzeichner dieses Fragebogens bestätigt, dass die oben genannten Fragen, Gefahrentatsachen und Erklärungen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäss sind. Er verpflichtet sich, alle wesentlichen Aenderungen, die sich vor dem Abschluss der Versicherung ergeben, mitzuteilen.

Die Unterschrift verpflichtet nicht zum Abschluss der Versicherung. Bei einem Abschluss wird dieser Antrag jedoch zu einem integrierenden Bestandteil des Vertrages.

---

Ort	Datum	Name	Titel	Unterschrift
-----	-------	------	-------	--------------

BITTE FÜGEN SIE DIESEM ANTRAG BEI:

- die letzten zwei Geschäftsberichte und allfällige Zwischenberichte
- Informationsbroschüren über die Tätigkeit des Antragstellers
- andere Informationen, die für die Risikobeurteilung von Nutzen sein könnten.