- per Fax: 06174- 96843-29 oder E-Mail an: jb@butz-versicherungsmakler.de

Fragebogen / Risikoanalyse zur Berufs-Haftpflichtversicherung für externe Datenschutzbeauftragte

- Rahmenvereinbarung/ Spezialtarif -

Interessent: ……

Adresse: ……

Telefon (tagsüber): ……

E-Mail: ……

Anzahl der Inhaber/ Geschäftsführer (im Datenschutz beratend): ……

Anzahl der Bürokräfte (nicht beratend): ……

Anzahl der weiteren Mitarbeiter/ Personen (im Datenschutz beratend): ……
(inkl. freie Mitarbeiter, wenn diese mitversichert werden sollen)

Sind Sie Mitglied in einem **Verband** für Datenschutzbeauftragte?

☐ nein ☐ ja, im BvD ☐ ja, in folgendem Verband: ……

Bitte wählen Sie die Höhe der gewünschten **Versicherungssumme** (VS) für Vermögensschäden:

☐ € 300.000 ☐ € 1 Mio. ☐ € 5 Mio. ☐ abweichende VS: ……

Wünschen Sie eine **rückwirkende** Deckung/ Rückwärtsversicherung (z.B. ab Beginn Ihrer Tätigkeit als eDSB)?

☐ nein ☐ ja, bitte rückwirkend ab dem ……
(Voraussetzung: bis dato keine an Sie gestellten Forderungen Dritter)

Wünschen Sie grundsätzlich eine Haftpflicht-Deckung **für Personen- und Sachschäden**?

☐ nein ☐ ja, bitte erstellen Sie uns einen Vorschlag (Betriebs-Haftpflicht - Sonderkonditionen)
☐ ohne Erweiterung Privat-Haftpflicht gewünscht

Werden **Tätigkeiten** angeboten bzw. durchgeführt, die über die Tätigkeiten eines externen DSB hinausgehen **und** sollen diese **mitversichert** werden (z.B. im Bereich IT, Informations-Sicherheit, Unternehmensberatung etc.)?

☐ nein ☐ ja, bitte detaillierte Beschreibung der Tätigkeiten (ggf. auf gesondertem Blatt):

……

Benötigen Sie Versicherungsschutz zu **außereuropäischem** Rechtsgebieten bzw. für Tätigkeiten **außerhalb** Europa?

☐ nein ☐ ja, Länder: ……

Dieser Fragebogen stellt **keinen** Antrag auf einen Versicherungsvertrag dar. Diese ausgefüllte Erklärung sowie eventuelle Anlagen werden jedoch bei Abschluss eines Vertrages Grundlage und Bestandteil des Versicherungsvertrages. Die Risikoangaben sind vorvertragliche Anzeigen. Hinsichtlich der Folgen bei der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verweisen wir auf die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass vorstehende Angaben vollständig und richtig sind.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift