



## Vor deklaration – Einzellimit – verbindliche Vorprüfung

---

**Anfragendes Unternehmen:** \_\_\_\_\_

Postfach | Straße: \_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_

Fon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: www. \_\_\_\_\_

---

**Name des Risikos:** \_\_\_\_\_

Postfach | Straße: \_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Internet: www. \_\_\_\_\_

---

Alle nachstehenden Angaben:  inkl. MwSt.  exkl. MwSt.

Höhe des Versicherungslimits: \_\_\_\_\_ Euro

revolvingende Lieferung

Einmallieferung

Sonderanfertigung:  ja  nein

Bisherige Erfahrungen mit dem Kunden:  keine, da Neukunde

Geschäftsverbindung seit: \_\_\_\_\_

Zahlungsverhalten:  gut – Zahlungs immer innerhalb des vereinbarten Zahlungszieles

durchschnittlich – Zahlung innerhalb des vereinbarten Zahlungszieles oder bis zu 30 Tagen darüber

---

Eingereicht von:

HRP Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_



## Vor deklaration – Einzellimit – verbindliche Vorprüfung

---

Grund der Absicherung:

( ) unbefriedigend – Zahlung erfolgt mehr als 30 Tage nach dem vereinbarten Zahlungsziel

( ) Neukunde

( ) Ablehnung beim gegenwärtigen Versicherer

( ) Volumen

( ) andere Gründe – bitte erläutern:

---

Wie lange wird Versicherungsschutz benötigt?: \_\_\_\_\_ - Monate

Vereinbartes Zahlungsziel: \_\_\_\_\_ - Tage

Besteht oder bestand ein Kreditversicherungsvertrag?: ( ) ja - bei: \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand ein Factoringvertrag?: ( ) ja - bei: \_\_\_\_\_

---

### Erklärung des Forderungsinhabers | Erklärung des zukünftigen Forderungsinhabers = Anfragendes Unternehmen:

Wir bitten den Kreditversicherer auf der Grundlage obiger Angaben um eine verbindliche Vorprüfung für eine Absicherung im Rahmen einer Kreditversicherung. Das anfragende Unternehmen erklärt sich damit einverstanden, dass die obigen Daten im Falle des Vertragsabschlusses Grundlage und Bestandteil des Kreditversicherungsvertrages werden. Dem anfragenden Unternehmen ist bewusst, dass sich im Fall nicht wahrheitsgemäßer Angaben in der Erklärung, der Versicherer gem. § 19 VVG auf seine Leistungsfreiheit berufen kann.

---

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

---

### Unterschrift | Stempel

Eingereicht von:

HRP Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_