

Betreuender Vermittler KuV24 GmbH

Versicherungsnehmer IRM Management Network GmbH

Versicherungsschein-Nr. PL-PSC806798210/01

Website

I. UNTERNEHMENSKENNZAHLEN

Hinweis: Ihre Angaben dienen der Beitragsregulierung.

Bei Konzernen bitten wir um die Überlassung der konsolidierten Kennzahlen.	Letztes Geschäftsjahr (Basis für die Beitragsregulierung)	Schätzung jetziges Geschäftsjahr (Sofern Ihnen das möglich ist)
Umsatz gesamt	€	€

II. FRAGEN ZUM RISIKO

Hinweis: Ihre Angaben dienen dem Risikoabgleich. Der nachfolgende Teil soll dabei auch eine Möglichkeit sein, Ihrer gesetzlichen Anzeigepflicht gemäß §23 VVG nachzukommen.

1. MITZUVERSICHERNDE GESELLSCHAFTEN

Gibt es neu hinzugekommene mitzuversichernde Gesellschaften außerhalb des EWR oder UK, für die ein Einschluss in den Versicherungsschutz geprüft werden soll? Ja Nein

Falls **Ja**, geben Sie uns Details (Name, Anschrift, Umsatz, Tätigkeit, Vorschäden der letzten 5 Jahre) bitte separat an.

Erfüllen diese mitzuversichernden Gesellschaften die gleichen Anforderungen in der IT- und Datensicherheit wie der Versicherungsnehmer? Nein Ja

Falls **Nein**, geben Sie uns Details (z.B. IT-Schutzmaßnahmen oder Kreditkartendaten) bitte separat an.

2. TÄTIGKEIT

Haben Sie und die versicherten Gesellschaften in einem der folgenden Bereiche Tätigkeiten neu aufgenommen und uns dies noch nicht gemeldet? Ja Nein

- Finanzdienstleistungssektor (z. B. Vermittlung von und Beratung zu Versicherungen und Bankprodukten, Vermögensverwaltung, Zahlungsabwicklung, Inkassodienstleistungen)
- Agentur für Kredit-Rating, Direktmarketing, Call Center, Datensammlung und speicherung (Hauptgeschäftszweck)
- Behörden und sonstige staatliche Einrichtungen, öffentliche Versorgungsunternehmen
- Produzent und/oder Anbieter von pornografischen Inhalten oder Glücksspiel
- Hersteller und Betreiber von mobilen Applikationen und Online-Spielen (Hauptgeschäftszweck)
- Betreiber von Online-Shops, sozialen Netzwerken und Dating-Plattformen
- Franchisenehmer, Franchisegeber
- Flughäfen, Fluggesellschaft

Falls **Ja**, nennen Sie uns bitte Details (ggf. auf separatem Blatt):

3. IT- UND DATENSICHERHEIT

Haben Sie Veränderungen am Betrieb der folgenden IT-Schutzmaßnahmen vorgenommen, die sich negativ auf die Sicherheit auswirken könnten, und uns dies noch nicht gemeldet?

Ja Nein

- Virenschutz mit automatischer Update-Funktion auf Servern und Clients (Desktop-Computer, Laptops und Terminals)
- Firewallstrukturen an allen Netzübergängen zum Internet
- Abgestuftes Rechtekonzept mit administrativen Kennungen ausschließlich für IT-Verantwortliche
- Ständiges Vorhandensein von mindestens einer vollständigen Offline-Datensicherung, die jeweils nicht älter als eine Woche ist ODER Nutzung einer Cloud-Back-Up-Lösung verpflichtend mit Faktor-Authentisierung (2FA) für eine mehrfache vollständige Datensicherung

Falls **Ja**, nennen Sie uns bitte Details (ggf. auf separatem Blatt):

Bearbeiten, speichern, oder übermitteln Sie (einschließlich aller Ihrer rechnergestützten Geräte und Computer) im Jahr mehr als 20.000 Kreditkartendaten und haben uns dies noch nicht gemeldet?

Ja Nein

Sofern Sie über Kreditkartendaten verfügen oder diese verarbeiten, verstoßen Sie gegen die Standards gemäß PCI DSS (Payment Card Industry Data Security Standard)?

Ja Nein

Falls **Ja**, nennen Sie uns bitte Details (ggf. auf separatem Blatt):

III. OPTIMIERUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Ich wünsche die Erstellung eines Angebots zur Erhöhung der bestehenden Versicherungssumme auf: €

Ich interessiere mich für laufende Informationen zur **Hiscox Business Academy**.
Bitte nutzen Sie hierfür meine folgende E-Mail Adresse:

Die Hiscox Business Academy ist ein exklusiver Service für unsere Geschäftskunden. Er beinhaltet kostenfreie E-Learning- Einheiten, attraktive Rabatte bei Partnern sowie fachkundigen und kostenlosen Support beim Risikomanagement.
Mehr erfahren Sie unter <https://www.hiscox.de/hiscox-business-academy/>

Hiermit willigen Sie ein, dass Hiscox Ihre oben genannte E-Mail-Adresse ausschließlich verwendet, um Ihnen per E-Mail Informationen zur Hiscox Business Academy zu schicken. Sie können dieser Datenverarbeitung jederzeit widersprechen.

Name	Position im Unternehmen	Unterschrift Geschäftsleitung oder befugten Vertreters/Firmenstempel	Ort, Datum
------	-------------------------	--	------------