



## Fragebogen für Lagerbesichtigungen

1 Allgemeine Angaben	
1.1	Versicherungsnehmer
1.2	Besichtiger <span style="float: right;">Besichtigungsdatum:</span>
1.3	Adresse des Lagers
1.4	Name des Lagerhalters
1.5	Haftung des Lagerhalters <input type="checkbox"/> auf Basis <input type="checkbox"/> nicht angegeben
1.6	Eigentümer des Lagers
1.7	Maximaler Warenwert im Lager ..... EUR <span style="float: right;">Baujahr des Lagers: .....</span>
2 Bauweise	
2.1	Tragende Teile <input type="checkbox"/> Stahl, Eisen <input type="checkbox"/> Stahlbeton <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Anderes: .....
2.2	Wände <input type="checkbox"/> Stahlbeton <input type="checkbox"/> Trapezblech <input type="checkbox"/> Ziegelstein <input type="checkbox"/> Anderes: ..... Brennbares Material für Isolierung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2.3	Dach <input type="checkbox"/> Stahl, Eisen <input type="checkbox"/> Stahlbeton <input type="checkbox"/> Andere: ..... <input type="checkbox"/> Teer-Dachung wenn Ja, mit <input type="checkbox"/> Kies <input type="checkbox"/> Split
2.4	Stockwerk Gesamtzahl der Stockwerke: ..... Keller: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Lage des Lagers: Im ..... Stock Vom ..... bis ..... Stock
2.5	Lagerfläche Gesamte Lagerfläche ..... m <sup>2</sup> Belegung ..... m <sup>2</sup>
2.6	Wartung / Housekeeping Wartungszustand: ..... Sauberkeit: .....
3 Lagerung	
3.1	Gelagerte Güter
3.2	Verpackung <input type="checkbox"/> Kartons <input type="checkbox"/> Holzkisten <input type="checkbox"/> Tonnen / Fässer <input type="checkbox"/> Anderes: .....
3.3	Art der Lagerung <input type="checkbox"/> auf Paletten <input type="checkbox"/> auf Regalen <input type="checkbox"/> Stapel direkt auf dem Fußboden <input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/> Anderes: .....
3.4	Höhe der Lagerung Maximal: ..... m



3.5	<b>Lagerbestandsführung</b>	Methode: <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Manuell Durchführender: <input type="checkbox"/> Versicherter <input type="checkbox"/> Lagerhalter <input type="checkbox"/> Anderes: .....
3.6	<b>Betriebszeiten</b>	Tage pro Woche: ..... Stunden pro Tag ..... Täglich von ..... bis ..... Uhr
3.7	<b>Lagerdauer</b>	Ø Lagerdauer: ..... Tage
<b>4 Brandschutz</b>		
4.1	<b>Blitzableiter</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4.2	<b>Sprinkler:</b>	Systemtyp: <input type="checkbox"/> Automatisch <input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Vorgesteuertes System mit Brandmelder <input type="checkbox"/> Nass <input type="checkbox"/> Trocken <input type="checkbox"/> Sprühflut Art der Löschköpfe: <input type="checkbox"/> Decken- <input type="checkbox"/> Regalkonstruktion
4.3	<b>Feuerhydrant</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, <input type="checkbox"/> Innen <input type="checkbox"/> Außen
4.4	<b>Tragbarer Feuerlöscher</b>	Typ <input type="checkbox"/> Trockenchemikalien <input type="checkbox"/> Andere: Anzahl der tragbaren Feuerlöscher: ..... Gewicht der Feuerlöscher: ..... kg
4.5	<b>Brandmauern / -wände</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, max. Risiko, PML ..... % F 90 (90 Minuten-Trennung): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.6	<b>Feuerschutztüren</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, .....-Stunden Trennung
4.7	<b>Brandmeldeanlage</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Typ: <input type="checkbox"/> Automatisch ( <input type="checkbox"/> zentral / <input type="checkbox"/> lokal) <input type="checkbox"/> Manuell Meldertyp: <input type="checkbox"/> Rauchmelder <input type="checkbox"/> Hitzemelder <input type="checkbox"/> Andere: ..... Regelmäßige Wartungsintervalle ..... alle ..... Monate
4.8	<b>Öffentliche Feuerwehr</b>	Feuerwehrart: <input type="checkbox"/> Berufsfeuerwehr <input type="checkbox"/> Freiwillige Feuerwehr Alarmierung durch: <input type="checkbox"/> Digitales Alarmvermittlungssystem <input type="checkbox"/> Automatisches Telefonwählgerät Entfernung der Feuerwehr zum Lager ..... Minuten bzw. .... km
	<b>Werksfeuerwehr</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
4.9	<b>Management</b>	Rauchverbot: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Feuerbekämpfungsplan: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Sonstige Anweisungen: .....
<b>5 Besondere Gefahren</b>		
5.1	<b>Heizquelle</b>	Separierung durch: <input type="checkbox"/> eigenen Raum <input type="checkbox"/> räumliche Trennung mind. .... m
5.2	<b>Ladestation</b>	Separierung durch: <input type="checkbox"/> eigenen Raum <input type="checkbox"/> räumliche Trennung mind. .... m
5.3	<b>Paletten / Verpackung</b>	Separierung durch: <input type="checkbox"/> eigenen Raum <input type="checkbox"/> räumliche Trennung mind. .... m
5.4	<b>Lager sonstiger brennbarer Materialien</b> (z. B. Gas, Öl und gefährliche Chemikalien usw.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, Bezeichnung: ..... Aufbewahrungsort: ..... Sicherheitssystem: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, Name: .....
5.5	<b>Feuergefährliche Arbeit</b>	Separierung durch: <input type="checkbox"/> eigenen Raum <input type="checkbox"/> räumliche Trennung mind. .... m



6 ED-Schutz	
6.1	<b>Einfriedung</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Zaun <input type="checkbox"/> Mauer <input type="checkbox"/> Andere: ..... Zugangskontrolle durch: .....
6.2	<b>Wachdienst</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    wenn Ja, gibt es Kontrollpunkte <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja System: <input type="checkbox"/> Unternehmensinterne Abteilung <input type="checkbox"/> Wach- und Sicherheitsdienst Frequenz Kontrollgänge:    Tagsüber    alle ..... Stunden Nachts    alle ..... Stunden Betriebsferien    alle ..... Stunden
6.3	<b>Einbruchmeldeanlage</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Alarm an: <input type="checkbox"/> Polizeistation <input type="checkbox"/> Lokale Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Wachdienstzentrale Alarmkörper: <input type="checkbox"/> Digitales Alarmvermittlungssystem <input type="checkbox"/> Automatisches Telefonwählgerät
7 Umgebung	
7.1	<b>Lage / Standort</b> <input type="checkbox"/> Industriegebiet <input type="checkbox"/> Gewerbegebiet <input type="checkbox"/> Hafengebiet <input type="checkbox"/> Anderes: .....
7.2	<b>Gewässer</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    wenn Ja, Entfernung: ..... m
	<b>Flut- / Hochwasserschutz</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    wenn Ja, welcher <input type="checkbox"/> Deiche ..... Höhe in m <input type="checkbox"/> Flutmauern ..... Höhe in m
7.3	<b>Fabriken</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    wenn Ja, Entfernung: ..... m Art: .....
7.4	<b>Sonstige Gefahren</b> <input type="checkbox"/> Flughafen <input type="checkbox"/> Berg (Erdrutsch, Lawine) <input type="checkbox"/> Andere: .....
7.5	<b>Kriminalität</b> Gab es in der Umgebung einschlägige Einbruchsdelikte: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8 Schäden	
8.1	<b>Schadenerfahrung &gt; 50.000 EUR</b> Datum: ..... Schadenbetrag: ..... Schadensursache: .....
9 Bestätigung	
Dieser Risiko-Analysebogen ist vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Streichungen und/oder Auslassungen werden als NEIN-Antwort gewertet. Unrichtige Angaben zu den Gefahrenumständen oder das arglistige Verschweigen sonstiger Gefahrenumstände können den Versicherer zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag oder zur Versagung des Versicherungsschutzes berechtigen. Der Versicherungsnehmer verzichtet auf die gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen gem. § 19 Abs. 5 VVG.	
<b>Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.</b>	
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel