

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Karlstr. 68 • 76137 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

http://www.derfairsicherungsladen.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Firmendaten</b>	
1.1. Firmierung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Sozietät <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> WP-Gesellschaft <input type="checkbox"/> StB-Gesellschaft
1.2. Gründungsdatum	<input type="text"/>
1.3. Tätigkeitsgebiet (Ausrichtung, Spezialisierung, Branchenschwerpunkte)	<input type="checkbox"/> gemäß Firmenprospekt <input type="checkbox"/> gemäß Homepage <input type="text"/>
1.4. Bestehen Kooperationen oder andere Partnerschaften mit Kanzleien oder Mitgliedschaften in Konsortien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte nähere Angaben. Briefkopf und Satzung beifügen <input type="text"/>
1.5. Bestehen gesellschaftsrechtliche / finanzielle / wirtschaftliche Verflechtungen oder andere Kooperationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte nähere Angaben und ggf. Unterlagen beifügen. <input type="text"/>
1.6. Zuständige Kammer	<input type="text"/>
1.7. Mitgliedschaften in Berufsverbänden, berufsständischen Organisationen usw.	<input type="text"/>

**Komposit Gewerbe – Risikoerfassung VSH für StB und WP** | Seite 2/5

<p>1.8. Werden weitere, oben nicht angeführte, insbesondere betriebsunübliche Tätigkeiten ausgeübt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, nähere Beschreibung  <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/></p>
<p><b>2. Zusatzangaben bei Einzelpraxis</b></p>	
<p>2.1. Zugelassen seit</p>	<p><input style="width: 50px;" type="text"/></p>
<p>2.2. Tätigkeit</p>	<p><input type="checkbox"/> selbständig tätig seit <input style="width: 50px;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> als Angestellter tätig seit <input style="width: 50px;" type="text"/> bei <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p><b>3. Personenangaben</b> (ggf. Zusatzblatt verwenden)</p>	
<p>3.1.1. Berufsträger                  Name: <input style="width: 150px;" type="text"/>                  geb.: <input style="width: 150px;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozjus  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p>Berufserfahrung seit: <input style="width: 50px;" type="text"/>                  Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/></p>
<p>3.1.2. Berufsträger                  Name: <input style="width: 150px;" type="text"/>                  geb.: <input style="width: 150px;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozjus  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p>Berufserfahrung seit: <input style="width: 50px;" type="text"/>                  Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/></p>
<p>3.2. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind:                  Namen und Qualifikation:  <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit  <input type="checkbox"/> Teilzeitmitarbeiter  <input type="checkbox"/> Azubis   <input type="checkbox"/> davon juristisch vorgebildet  <input type="checkbox"/> davon betriebswirtschaftlich vorgebildet</p>
<p>3.3. Befinden sich Partner / Angestellte in der Vorbereitung zur WP- oder StB-Prüfung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, Namen:  <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>
<p><b>4. Umsätze</b></p>	
<p>4.1. Honorar/ Honorarerwartung</p>	<p><input style="width: 50px;" type="text"/> € (netto) Vorjahr  <input style="width: 50px;" type="text"/> € (netto) lfd. Jahr                  davon Honorare aus der Vorbehaltstätigkeit als WP:  <input style="width: 50px;" type="text"/> € (netto)</p>
<p>4.2. Gesamtmandate</p>	<p><input style="width: 50px;" type="text"/>                  davon <input style="width: 50px;" type="text"/> Firmen-Mandate                  davon <input style="width: 50px;" type="text"/> Kapitalgesellschaften</p>

<p>4.3. Angaben zu den umsatzgrößten Mandaten</p>	<p>1. Mandant: Geschäftszweig: <input type="text"/> Rechtsform: <input type="text"/> Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €</p> <p>2. Mandant: Geschäftszweig: <input type="text"/> Rechtsform: <input type="text"/> Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €</p> <p>3. Mandant: Geschäftszweig: <input type="text"/> Rechtsform: <input type="text"/> Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €</p>
<p><b>5. Risikomanagement</b></p>	
<p>5.1. Werden die Beratungen schriftlich dokumentiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.2. Beschränken Ihre Standardvertragskonditionen Ihre Haftung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.3. Werden mit Auftraggebern schriftliche Verträge abgeschlossen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Muster beifügen</p>
<p>5.4. Wie ist die Kontrolle von Fristen organisiert?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>5.5. Wird ein zertifiziertes Qualitätsmanagement vorgehalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> DSTV-Qualitätssiegel <input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001 ff <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p><b>6. Versicherungsschutz allgemein</b></p>	
<p>6.1. Welche Deckungssumme wird gewünscht?</p>	<p><input type="text"/> € (mind. 250.000 €)</p>
<p>6.2. Wünschen Sie erhöhte Selbstbehalte zur Prämienreduzierung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, maximaler Selbstbehalt <input type="text"/> €</p>
<p>6.3. Sollen weitere Haftpflichtrisiken, ggfs. über sep. Policen abgedeckt werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Bürohaftpflicht <input type="checkbox"/> D&amp;O-Geschäftsführerhaftpflicht <input type="checkbox"/> AGG-Deckung (Gleichstellungsgesetz) <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, ggfs. nähere Angaben <input type="text"/></p>
<p>6.4. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart</p>	<p><input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich</p>
<p><b>7. Besonderheiten</b></p>	

**Komposit Gewerbe – Risikoerfassung VSH für StB und WP** | Seite 4/5

<p>7.1. Unterhalten Sie/Ihre Sozien Niederlassungen, Zweigstellen, Büros etc. im Ausland (einschließlich nach aussen hin - z.B. an gemeinschaftlichen Briefbögen - erkennbare Kooperationen mit ausländischen Kanzleien)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte konkrete Angaben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7.2. Liegen weitere besondere und ungewöhnliche Risikoumstände vor, nach denen bis jetzt noch nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>8. Vorversicherung</b></p>	
<p>8.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Gesellschaft <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Vers.Nr <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Ablauf <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Versicherer</p> <p>Deckungssumme: <input style="width: 80px;" type="text"/> €</p> <p>Selbstbeteiligung: <input style="width: 80px;" type="text"/> €</p>
<p>8.2. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 10 Jahren - auch unversicherte</p>	<p><input type="checkbox"/> keine</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8.3. Ist ein Antrag vom Inhaber, Partner, Sozium, Gesellschafter oder Geschäftsführer auf Berufshaftpflichtversicherung widerrufen, abgelehnt oder nur mit speziellen Bedingungen angenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8.4. Sind dem Inhaber, Partner, Sozium, Gesellschafter oder Geschäftsführer aktuelle Umstände bekannt, die zu einem Anspruch gegen die og. Personen oder die Kanzlei führen können?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>9. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

**10. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung**

Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Wird die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Kunden

**Interne Notizen**

Mitarbeiter: \_\_\_\_\_  
Datum : \_\_\_\_\_  
Uhrzeit: Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- telefonische Erfassung     schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro     beim Kunden
- \_\_\_\_\_