

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:

1. Firmendaten	
1.1. Firmierung	<input type="checkbox"/> Einzelrechtsanwalt <input type="checkbox"/> in Sozietät <input type="checkbox"/> in Partnergesellschaft <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
1.2. Gründungsdatum zugelassen seit	<input type="text"/> <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 ja , 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 ja , bitte nähere Angaben und ggf. Unterlagen beifügen. <input type="text"/>
1.6. Zuständige Rechtsanwalts-Kammer	<input type="text"/>
1.7. Mitgliedschaften in Berufsverbänden, berufsständischen Organisationen usw.	<input type="text"/>

<p>1.8. Werden weitere, oben nicht angeführte, insbesondere betriebsunübliche Tätigkeiten ausgeübt? z.B. Notarvertretung, Insolvenz oder Nachlassverwalter, Geschäftsführer eines privaten Unternehmens etc.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, nähere Beschreibung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2. Personenangaben (ggf. Zusatzblatt verwenden)</p>	
<p>2.1.1. Berufsträger Name: <input type="text"/> geb.: <input 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 type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte und Hinweise: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p>2.1.2. Berufsträger Name: <input type="text"/> geb.: <input 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 type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte und Hinweise: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p>2.2. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind (inkl. freie Mitarbeiter):</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeitmitarbeiter <input type="checkbox"/> Azubis</p> <p><input type="checkbox"/> davon juristisch vorgebildet <input type="checkbox"/> davon betriebswirtschaftlich vorgebildet</p>
<p>3. Umsätze</p>	
<p>3.1. Honorar/ Honorarerwartung</p>	<p><input type="text"/> € (netto) Vorjahr <input type="text"/> € (netto) lfd. Jahr</p>
<p>3.2. Gesamtmandate p.a.</p>	<p><input type="text"/> davon <input type="text"/> Firmen-Mandate davon <input type="text"/> Kapitalgesellschaften</p>
<p>4. Risikomanagement</p>	
<p>4.1. Werden die Beratungen, Telefonate usw. schriftlich dokumentiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4.2. Werden mit Auftraggebern schriftliche Verträge abgeschlossen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, bitte Muster beifügen</p>
<p>4.3. Wie ist die Kontrolle von Fristen organisiert?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.4. Wird ein zertifiziertes Qualitätsmanagement vorgehalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001 ff <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>5. Versicherungsschutz allgemein</p>	
<p>5.1. Welche Deckungssumme wird gewünscht?</p>	<p><input type="text"/> € (mind. 250.000 €)</p>

Komposit Gewerbe – Risikoerfassung VSH für Rechtsanwälte / Seite 3/4

<p>5.2. Wünschen Sie erhöhte Selbstbehalte zur Prämienreduzierung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, maximaler Selbstbehalt <input type="text"/> €</p>
<p>5.3. Sollen weitere Haftpflichtrisiken ggfs. über sep. Policen abgedeckt werden? <input type="checkbox"/> Bürohaftpflicht <input type="checkbox"/> D&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 ja, ggfs. nähere Angaben <input type="text"/></p>
<p>5.4. 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>6. Besonderheiten</p>	
<p>6.1. Unterhalten Sie/Ihre Sozi(en) 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: <input type="text"/></p>
<p>6.2. Beraten Sie in außereuropäischen Rechtsfragen oder sind Sie vor außereuropäischen Gerichten tätig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/></p>
<p>6.3. 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 <input type="text"/></p>
<p>7. Vorversicherung</p>	
<p>7.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, Gesellschaft: <input type="text"/> Vers.Nr: <input type="text"/> Ablauf: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer Deckungssumme: <input type="text"/> € Selbstbeteiligung: <input type="text"/> €</p>
<p>7.2. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren von Mandanten in Anspruch genommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, bitte nähere Angaben zur Häufigkeit und Höhe der Leistungen <input type="text"/></p>
<p>7.3. Ist ein Antrag vom Inhaber, Partner, Sozius, Gesellschafter oder Geschäftsführer auf Berufshaftpflichtversicherung widerrufen, abgelehnt oder nur mit speziellen Bedingungen angenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, bitte nähere Angaben <input type="text"/></p>

<p>7.4. Sind dem Inhaber, Partner, Sozius, 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 - Wenn ja, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>9. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>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.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> </div>
<p>_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers</p>	<p>_____ Datum, Unterschrift des Kunden</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 150px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 150px;" type="text"/> Uhrzeit: Von <input style="width: 80px;" type="text"/> bis <input style="width: 80px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev. 002 vom 28.10.2015</p>	