

Gewünschte Angebotsform:

Agentur-Nummer: _____ / _____ / _____

Kurzquotierung

Angebot zurück an

ausführliches Angebot

Fax-Nr. /E-Mail: _____

Herrn / Frau _____

Gewerbliche Analyse Firmenschutz



Allgemeine Angaben:

Name des VN: _____

Anschrift : _____

PLZ _____ Ort _____

Risikoanschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Internet-Adresse: www. _____ E-Mail-Adresse: _____

ausführliche Beschreibung aller Tätigkeiten: _____

Anzahl Personen im Betrieb: _____ Geschäftsführer / Inhaber

_____ rein kaufmännisch Tätige

_____ gewerblich Tätige

Jahreslohn- und Gehaltssumme:

Gesamt _____ EUR, **davon** a) Unternehmerlohn: _____ EUR

b) Kaufm. Personal: _____ EUR

c) Gewerbl. Personal: _____ EUR

Jahresumsatz: _____ EUR, **davon** Wareneinsatz _____ EUR

Versicherungsräume: zur Miete Eigentum

Fläche im Gebäude: _____ m²

Gründungsdatum des Betriebes: _____

Sind Sie von Beginn an Betriebsinhaber? ja nein

1. BETRIEBSHAFTPFLICHT

Versicherungssummen:

5 Mio. EUR pauschal für Personen- und Sachschäden

3 Mio. EUR pauschal für Personen- und Sachschäden

andere Versicherungssummen _____

Umweltschadenversicherung Zusatzbausteine 1 und 2 gewünscht
(für Schäden an eigenen Böden und Gewässern, an der Biodiversität sowie am Grundwasser)

AGG-Haftpflichtschutz gewünscht (falls ja, erhalten Sie von uns den entsprechenden Fragebogen)
Gewünschte Versicherungssumme: 100.000 EUR 250.000 EUR 500.000 EUR 1.000.000 EUR

Führen Sie Arbeiten auf fremden Grundstücken durch? Ja Nein

Werden Tätigkeiten, die über das Anliefern von Waren zum Kunden hinausgehen, durchgeführt? (z.B. Installation, Reparatur, Montage...) Ja Nein

Führen Sie Tätigkeiten im Ausland durch? Ja Nein

Stellen Sie her und/oder liefern Sie umweltgefährliche Substanzen oder Anlagen mit Umweltpotential (z.B. Tanks, Filteranlagen)? Ja Nein

Hat der Interessent einen Hauptauftraggeber?
(Wie viel Prozent des Umsatzes entfallen auf diesen? _____%) Ja Nein

Werden von Ihnen Subunternehmer beauftragt?
(Ggf. jährliche Auftragssumme _____ EUR) Ja Nein

Stellen Sie Produkte unter Ihrem eigenen Namen her? Ja Nein

Sind Sie Direktimporteure von Waren aus Nicht-EU-Staaten? Ja Nein

Verkaufen Sie Handelsware im eigenen Namen? Ja Nein

Liefern Sie Erzeugnisse ins Ausland? Ja Nein

Falls Sie eine der letzten 4 Fragen mit „ja“ beantwortet haben, erhalten Sie von uns den Fragebogen zur Ermittlung des Haftpflichtrisikos.

Liegt der Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit im Bereich Beratung, Verwaltung oder Vermittlung? Ja Nein

Falls „ja“, erhalten Sie von uns den Fragebogen zur Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung.

Haben Sie Hub- und Gabelstapler?

bis 20 km/h: _____ Stück über 20 km/h: _____ Stück

Wünschen Sie den Einschluß privater Risiken? PHV Familie (inkl. Komplettschutz)

Hunde-HV

Wert des Betriebsgebäudes u. der angrenzenden Gebäude bis 3.000.000,-- EUR

bis 5.000.000,-- EUR

über 5.000.000,-- EUR

Mietschäden durch Brand, Explosion, Leitungswasser und Abwasser an Gebäuden und/oder Räumlichkeiten _____ EUR

Vermieten Sie Räume? Wenn ja, Bruttojahresmietwert _____ EUR

Sind Heizöl-, Benzin- und/oder Dieseltanks vorhanden? _____ Liter (Gesamtfassungsvermögen)

Sind Öl-, Benzin-, Fettabscheider vorhanden? _____ Stück

Sind Kleingebinde vorhanden? _____ Liter

Existieren sonstige deklarierungspflichtige Anlagen oder Anlagen nach dem Umwelt-HG? Ja Nein Falls ja, erhalten Sie von uns den Fragebogen zur Umwelt-Haftpflichtversicherung

Kommen geschützte Arten (Tiere und/oder Pflanzen) auf Ihrem Betriebsgrundstück vor? Ja Nein

Entfernung zu nächsten Schutzgebiet (Natura 2000-Gebiete: FFH-Gebiete und Vogelschutzrichtlinie sowie andere Naturschutzgebiete?) Entfernung in Metern _____

Erfolgt die Ableitung von Abwasser durch Direkteinleitung von
Produktionsabwässern Ja Nein
Betriebs- und Dachflächen Ja Nein

Indirekteinleitung von
Produktionsabwässern Ja Nein
Betriebs- und Dachflächen Ja Nein

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

2. RECHTSSCHUTZ

Spezialrechtsschutz für Firmen bis zu 200 Personen inkl. aller Fahrzeuge

Anzahl Geschäftsführer/Inhaber: _____ Person(en)

Mitarbeitende Familienangehörige und Lebenspartner: _____ Personen

Anzahl Vollzeit-Beschäftigte: _____ Person(en)

Anzahl Teilzeit-Beschäftigte, Azubis, Aushilfen, Saisonarbeiter, Leiharbeitnehmer: _____ Person(en)

Heimarbeiter: _____ Person(en)

Freiberuflich Tätige mit Firmenfahrzeug: _____ Person(en)

inkl. Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz ja nein

Selbstbeteiligung: ohne 150,-- EUR 250,-- EUR 500,-- EUR

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

3. INHALT / ELEKTRONIK / MASCHINEN / GLAS

Angaben zu den Versicherungsräumen

Geschäftsgebäude Wohn- und Geschäftsgebäude Container / Behelfsbau / Kiosk
 innerhalb des Ortes außerhalb des Ortes im Gewerbegebiet
 Lagergebäude Gebäude mit offenen Seiten / Zelt / Traglufthalle

Erdgeschoß Keller vorhanden Etage(n): _____

Entfernung zum nächststehenden Gebäude (Angabe in m): _____

Angaben zu Gefahrenverhältnissen

- EMA (VdS-anerkannt) mit Aufschaltung auf Wachdienst Wertschutzschrank (mind. 300 kg)
 Sprinkler Fußbodenheizung Solaranlage Klimaanlage
 Außenwände überwiegend aus Holz und/oder überwiegend weicher Dachung
 Weitere Betriebe im Gebäude / innerhalb von 10 m: _____

Versicherungssummen (Neuwert)

A) Allgemeine kaufmännische und technische **Einrichtung gesamt** _____ EUR
 inkl. eingebrachte Gebäudebestandteile

davon allgemeine **Bürotechnik** (Elektronik)
ohne Laptops _____ EUR

Laptops / Notebooks:

_____ Stück mit Einzelwert bis 1.500,-- EUR

_____ Stück mit Einzelwert 1.500,-- EUR bis 2.500,-- EUR

_____ Stück mit Einzelwert über 2.500,-- EUR

Vers.summe aller Laptops: _____ EUR

Anteil sonstige Elektronik / Maschinen

(z.B. Meß- und Prüftechnik, Medizintechnik, Kassen-Systeme, CNC-Maschinen, Pressen, etc.)

Hersteller, Typ, Verwendungszweck	Baujahr	heutiger Listenpreis / Neuwert
		EUR
		EUR
		EUR

B) **Warenvorräte**

Art der Warenvorräte: _____

Wert der Warenvorräte insgesamt _____ EUR

davon lieferungsfertige u. verkaufte **Eigenprodukte** _____ EUR

davon unter 12 cm Lagerhöhe und / oder unter Erdgleiche _____ EUR

C) **Vorsorge-Summe** (Empfehlung: 10 - 15 %) _____ EUR

Gesamt-Versicherungssumme _____ EUR

D) **Betriebsunterbrechung / Ertragsausfall**

Ermittlungshilfe: Umsatz abzüglich Wareneinsatz + mind. 20 %
(mind. Gesamt-Versicherungssumme Inhalt)

_____ EUR

Gewünschter Versicherungsschutz

- Feuer inkl. KEA Elementar inkl. KEA
 Leitungswasser inkl. KEA EC-Zusatzgefahren inkl. KEA
 Einbruchdiebstahl inkl. KEA Elektronikschutz für Bürotechnik
 Sturm / Hagel inkl. KEA Zu EC: Schäden durch unbenannte Gefahren

E) Geschäftsglas / Werbeanlagen

_____ m² Betriebsfläche (es gilt die Nutzfläche der innerhalb des Gebäudes genutzten Räume einschließlich der Lagerräume)
 _____ Stück Werbeanlagen → Einzelwert(e) in EUR: _____
 _____ Stück Leuchtröhrenanlagen → Einzelwert(e) in EUR: _____
 _____ Stück Firmenschilder/Transparente → Einzelwert(e) in EUR: _____

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

4. GEWERBLICHES GEBÄUDE / GEBÄUDE-GLAS / MIETVERLUST / GEBÄUDETECHNIK

Baujahr _____ Wert 1914 _____ Mark Neuwert heute _____ EUR

Betriebe im Gebäude (Art): _____ → Flächenanteil in %: _____
 _____ → Flächenanteil in %: _____
 _____ → Flächenanteil in %: _____

Wohnungen im Gebäude: _____ Stück → Flächenanteil in %: _____

Bruttojahresmietwert der vermieteten Räume: _____ EUR

Gefahrerhöhungen:

- Außenwände überwiegend aus Holz und/oder überwiegend weicher Dachung
- Feuergefährliche Fremdbetriebe innerhalb 10 m Entfernung
- Fußbodenheizung Sprinkleranlage
- leerstehend, ungenutzt eine oder mehrere offene Seiten

Gewünschter Versicherungsschutz

- Feuer Gebäudeglas
- Leitungswasser Mietverlust
- Sturm / Hagel Gebäudetechnik
- Elementar
- EC-Zusatzgefahren
- Zu EC: Schäden durch unbenannte Gefahren

Auflistung der vorhandenen Geräte zur Gebäudetechnik

Pauschale Summe Neuwert heute _____ EUR

Hersteller und Typbezeichnung	Baujahr	Listenpreis oder heutiger Neuwert in EUR	gekauft	gemietet	geleast	gewartet	nicht gewartet
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

5. TRANSPORTERINHALT UND FRACHTFÜHRERHAFTUNG:

Fremde Waren im Auftrag Dritter gegen Entgelt

Geltungsbereich BRD EU-Länder

Massengut Stückgut Kühlgut Umzugsgut

Sonstiges: _____

Für Möbeltransporte ausgestattetes Fahrzeug: nein ja

Zulässiges Gesamtgewicht (ggf. inklusive Anhänger):

Fzg. 1: _____ to Fzg. 2: _____ to Fzg. 3: _____ to

Eigene Waren

Art der beförderten Güter: _____

Anzahl der Fahrzeuge: _____

Gesamtjahresumsatz: _____

Maximum/Höchstladewert je Verkehrsmittel (Kraftfahrzeug, Flugzeug, Bahn, Schiff):

Fzg. 1: _____ EUR Fzg. 2: _____ EUR Fzg. 3: _____ EUR

Maximum (je Paket beim Einsatz von gewerblichen Paketdiensten bzw. Postsendungen):

_____ (maximal 5.000,--EUR)

Geltungsbereich BRD EU-Länder

Sonstige: _____ Transportanteil über 10 %

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

6. GRUPPENUNFALL

24-Stunden-Deckung, ohne Namensnennung

	Geschäftsleitung Anzahl _____ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	kaufm. Angestellte Anzahl _____ (A)	gew. Mitarbeiter Anzahl _____ (B)
Invalidität/Grundsumme			
Progression	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 500
Unfall-Rente monatlich			
Todesfallsumme			
KHT mit KHT-Plus			
Übergangsleistung			
Tagegeld (ab 8. Tag nur für Geschäftsführer)	ab _____. Tag	ab 43. Tag	ab 43. Tag
Kosmetische Operationen (10.000,-- EUR)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

7. EXISTENZ - BETRIEBSUNTERBRECHUNG

versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____ (max. Eintrittsalter 49 Jahre)

Stellung im Unternehmen: _____

Tätigkeitsbeschreibung: _____

Umsatz wird zu _____ % von der versicherten Person erbracht.

Karenzzeit 21 Tage 28 Tage 42 Tage

A) Versicherungssumme _____ EUR → **Komplett Deckung**

B) Versicherungssumme _____ EUR → **Nur fortlaufende Betriebskosten**

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

8. VORSCHÄDEN (AUCH UNVERSICHERTE) DER LETZTEN 5 JAHRE / VORVERSICHERER

Zu Nr.	Vorversicherer	VSNR	Schadenart	Schaden-jahr	Zahlungen / Reserven Höhe in EUR	Vertrag gekündigt durch Vorversicherer
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

9. BEMERKUNGEN (z. B. Beitragsvorgaben, etc.)

Ort, Datum

Stand 01/2012

Unterschrift / Firmenstempel