

# Angebotsanforderung für eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für Rechtsanwälte, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer und Steuerberater und deren Berufsgesellschaften



<b>1. Ihre Kanzlei</b>										
Name / Firma					Gründungsdatum					
Straße und Hausnummer										
PLZ			Ort							
Ansprechpartner			Handy							
Telefon			Telefax							
E-Mail			Homepage (alle)							
<b>2. Rechtsform</b>										
<input type="checkbox"/> Einzelperson		<input type="checkbox"/> Sozietät		<input type="checkbox"/> GmbH		<input type="checkbox"/> AG				
<input type="checkbox"/> LLP		<input type="checkbox"/>								
<b>3. Zulassung</b>										
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsprüfungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Buchprüfungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Steuerberatungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Rechtsanwaltsgesellschaft				
<b>4. Inhaber/ Sozien/ Geschäftsführer/ Gesellschafter/ Partner (ggfs. zusätzliches Blatt verwenden)</b>										
Vor-/ Nachname					WP	vBP	Stb	RA	< 20h je Woche	> 20h je Woche
					<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"/>	<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"/>
<b>5. Mitarbeiter</b>										
Vor-/ Nachname (Angest. Berufsträger – auch freie Mitarbeiter)					WP	vBP	Stb	RA	< 20h je Woche	> 20h je Woche
					<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuerfachwirte/ Dipl. Finanzwirte/ Bilanzbuchhalter				Anzahl Vollzeit				Anzahl Teilzeit		
Weitere/Sonstige Mitarbeiter (auch freie)				Anzahl Vollzeit				Anzahl Teilzeit		
<b>6. Mandanten</b>										
Wie groß ist der Anteil der 3 größten Mandanten an den Gesamt-Honorareinnahmen? (Anteil in %)										
1. Mandant		%	2. Mandant		%	3. Mandant		%		
<b>7. Kammern und Verbände</b>										
Zuständige Berufskammer und deren Sitz:										
_____										
_____										
Verbandsmitglied <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>										
Wenn ja, Name des Verbandes: _____										

### 8. Tätigkeitsschwerpunkte

**a) Wirtschaftsprüfende/ steuerberatende Tätigkeit**

1. Steuererklärung/ Buchprüfung		Anteil am Umsatz p.a.	_____ %
2. Gestaltende Beratung		Anteil am Umsatz p.a.	_____ %
3. Jahresabschlusserstellung/ freiwillige Prüfungen		Anteil am Umsatz p.a.	_____ %
4. Pflichtprüfungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
a. Für börsennotierte Unternehmen	Anzahl p.a.	Anteil am Umsatz p.a.	_____ %
b. Für sonstige Unternehmen	Anzahl p.a.	Anteil am Umsatz p.a.	_____ %
5. Kapitalanlagemodelle* prüfend (Prospektprüfung), beratend oder als Treuhänder tätig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl p.a.	Anteil am Umsatz p.a. _____ %
6. Mergers & Acquisition, Due Diligences, Prospektprüfungen oder Comfort Letter*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl p.a.	_____ %
7. Arbeiten Sie mit Anderkonten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

\*) Wenn Sie die Frage mit „JA“ beantwortet haben, reichen Sie uns bitte separat genaue Details/ Unterlagen ein.

**b) rechtsberatende Tätigkeit**

1. Fachanwaltschaften	_____	%	_____
2. Forensische Tätigkeit	_____	%	_____
3. Wirtschaftliche Beratung von Gesellschaften	_____	%	_____
4. Legal Due Diligence	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl p. a.	Anteil am Umsatz p.a. _____ %
5. Nachlassrisiken (z. B. Testamentsvoll.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl p. a.	Anteil am Umsatz p.a. _____ %
6. Insolvenzrisiken (vorl. Insolvenzverwalter, Treuhänder gem. Inso. Gläubigerausschussmitglied)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl p.a.	Anteil am Umsatz p.a. _____ %

### 9. Ausland

Haben Sie Mandate mit Auslandsbezug außerhalb Europas?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl _____	Wo? _____
Haben Sie Niederlassungen/ Büros im Ausland?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl _____	Wo? _____

### 10. Risikobegrenzung

1. Verwendung von AAB (§ 67 a I Nr. 2 StBerG/ § 54 a I Nr. 2 WPO/ § 51 a I Nr. 1 BRAO)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2. Fristenkontrollorganisation	<input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> EDV	EDV-Anbieter _____
3. Dokumentation von Beratungsgesprächen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie _____
4. Ist Ihre Organisation nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
5. Üben Sie bisher nicht abgefragte Nebentätigkeiten aus (Gremienmitwirkung z. B.) und wünschen Sie eine Absicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
6. Bitte legen Sie Ihre AAB (Allgemeine Auftragsbedingungen) und einen Briefbogen bei zur Risikoprüfung und Abgleichung mit den Versicherungsgegebenheiten.		

### 11. Jahresumsatz letztes Geschäftsjahr

Gesamtjahresumsatz	_____ €
Umsatz aus Vorbehaltstätigkeit (nur WP, vBP und Gesellschaften)	_____ €

**12. Vorversicherungen**

Besteht oder bestand für die zu versichernden Tätigkeiten bereits eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung?  Ja  Nein

Gesellschaft	Vers.-Nr.	Beginn (TT.MM.JJJJ)	Ablauf (TT.MM.JJJJ)	Versicherungssumme

Wurde ein solcher Versicherungsschutz jemals von einem anderen Versicherer abgelehnt oder gekündigt?  Ja  Nein

**13. Vorschäden in den letzten 10 Jahren**

Wurden in den letzten 10 Jahren gegen jetzige oder ehemalige Mitglieder aus dem Kreis der zu versichernden Personen oder gegen die Versicherungsnehmerin oder eines Ihrer Tochterunternehmen Ansprüche im Sinne der beantragten Versicherung geltend gemacht? Wenn Ja, geben Sie bitte die genauen Details (Zeitpunkt, Schadenhöhe, Schadenursache u.a.) an:  Ja  Nein

Schadenhöhe: \_\_\_\_\_

Schadenursache: \_\_\_\_\_

Sind derartige Inanspruchnahmen zu erwarten? Wenn Ja, geben Sie bitte die genauen Details (Zeitpunkt, Schadenhöhe, Schadenursache u.a.) an:  Ja  Nein

Schadenhöhe: \_\_\_\_\_

Schadenursache: \_\_\_\_\_

**14. Gewünschte Deckungssumme je Versicherungsfall (Jahreshöchstleistung\*)**

<input type="checkbox"/> 250.000 € (1.000.000 €)	<input type="checkbox"/> 500.000 € (1.500.000 €)	<input type="checkbox"/> 1.000.000 € (2.500.000 €)
<input type="checkbox"/> 1.500.000 € (3.500.000 €)	<input type="checkbox"/> 2.000.000 € (4.500.000 €)	<input type="checkbox"/> 2.500.000 € (5.500.000 €)
<input type="checkbox"/> 3.000.000 € (4.000.000 €)**	<input type="checkbox"/> 4.000.000 € (6.000.000 €)**	<input type="checkbox"/> 4.000.000 € (unmaximiert)**
<input type="checkbox"/> 5.000.000 € (8.000.000 €)**	<input type="checkbox"/> _____	

\*) Bei WP/ vBP-Risiken ist die **erste Mio. Euro** Deckungssumme (=Mindest-DS) immer **unmaximiert**. Die angegebene Jahreshöchstleistung ist nach der unmaximierten Deckung um 2,5 Mio. Euro geringer.

\*\*) Nur für WP- und vBP-Risiken wählbar!

**15. Laufzeit / Vertragsbeginn / Zahlweise/ Selbstbehalt**

<u>Laufzeit</u>	<input type="checkbox"/> 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 5 Jahre (mit Sonderkündigung gem. VVG)	<u>Beginn</u>					
<u>Zahlweise</u> (Ratenzahlungszuschlag)	<input type="checkbox"/> 1/1-jährlich			<input type="checkbox"/> ½-jährlich (+3%)		<input type="checkbox"/> ¼-jährlich (+5%)			
<u>Selbstbehalt</u>	<input type="checkbox"/> 1.500 € fest			<input type="checkbox"/> 1.500 € proz.					

**16. Bankdaten**

Kontonummer/ IBAN	_____	BLZ/ BIC	_____
Kontoinhaber	_____	Bank	_____

**17. Sonstiges, persönliche Anmerkungen**

# Angebotsanforderung für eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für Rechtsanwälte, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer und Steuerberater und deren Berufsgesellschaften



## Mit meiner Vorversichereranfrage erkläre ich mich einverstanden!

Diese ausgefüllte Erklärung sowie eventuelle Anlagen werden bei Abschluss eines Vertrages Grundlage und Bestandteil des Versicherungsvertrages. Die Risikoangaben sind vorvertragliche Anzeigen. Hinsichtlich der Folgen bei der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verweisen wir auf die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

## Rechtliche Hinweise

### Abschlussklärung

Der Unterzeichner erklärt, die oben stehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben, keine für die Übernahme dieser Versicherung wichtigen Aspekte verschwiegen oder nicht richtig wiedergegeben haben, und verpflichtet sich, Änderungen, die sich vor oder nach dem Abschluss des Vertrages ergeben haben, unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Diese ausgefüllte Erklärung und die eventuellen Anlagen sind die Basis der Versicherung und werden deshalb ein Bestandteil des Versicherungsvertrages sein. Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, gelten die vorstehend gemachten Risikoangaben als vorvertragliche Angaben im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

### Hinweis: Falsche Angaben oder Risikoinformationen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

Für eine vollständige und individuell geeignete Beratung sind wir bei der Erhebung der relevanten Risikodaten auf Ihre Unterstützung angewiesen. Für den Fall, dass Sie eine umfangreiche Risikoanalyse ablehnen und/oder Teilbereiche nicht vollständig bekannt geben, verweisen wir darauf, dass wir dafür keine Verantwortung übernehmen können. Über diese Information hinaus wurden keine mündlichen Zusagen getroffen. Es gilt das Schriftformerfordernis.

### Einwilligung zur Verwendung der Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung, zur Weitergabe an den für mich zuständigen Rückversicherer und zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler verwendet werden.

### Datenschutz

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Zusendung von Informationen, Angeboten und von uns angebotenen Waren und Dienstleistungen und zur Beratung von Versicherungen und Finanzdienstleistungen verwendet werden (Werbung). Dieser Nutzung kann ich jederzeit formfrei mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Bitte richten Sie Ihren Widerspruch ggf. per E-Mail an [datenschutz@conav.de](mailto:datenschutz@conav.de), per Fax an +49 (7138) 81 09 99-22, per Telefon an +49 (7138) 81 09 99-0 oder postalisch an CONAV Consulting GmbH & Co. KG, Birkenweg 5, 74193 Schwaigern; hierbei entstehen nur Übermittlungskosten nach den jeweiligen Basistarifen.

### Widerrufsrecht

Der Antragsteller kann innerhalb einer Frist von 14 Tagen seine auf den Vertragsabschluss gerichtete Willenserklärung widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich direkt an die CONAV zu richten, wenn der Antragsteller die Widerrufsbelehrung durch Unterschrift bestätigt hat.

## Antragsunterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätigen Sie, dass vorstehende Angaben vollständig und richtig sind.

CONAV Consulting GmbH & Co. KG  
Birkenweg 5  
74193 Schwaigern

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Vermittler

Zurück an:

Fax: 07138 810 999 22

E-Mail: [info@conav.de](mailto:info@conav.de)



	Grundsätze unserer Arbeit	Vorteile für Sie
	Wir arbeiten bevorzugt mit Versicherungsverträgen auf Nettobasis, weil dadurch die laufenden Kosten in den Verträgen minimiert werden.	Bis zu 25 % jährlich laufende Prämienersparnis bei Versicherungsverträgen ist möglich. Anbieterunabhängige Vergütung bedeutet frei von finanzieller Fremdsteuerung.
	Die Basis für unsere Zusammenarbeit bildet der im Vorfeld vereinbarte Dienstleistungsvertrag.	Faire Partnerschaften entstehen bei transparenten und vertraglich klar geregelten Vereinbarungen.
	Wir arbeiten überwiegend telefonisch und per E-Mail für Sie und sind somit konsequent wirtschaftlich aktiv im Kundeninteresse.	Unsere Effizienz in der Beratung und in der täglichen Arbeit wird für Sie als Kunde zum wirtschaftlichen Dauervorteil.
	Wir erarbeiten exklusive und marktführende Lösungen zu attraktiven Sonderkonditionen in speziellen Rahmenverträgen. Die Rahmenverträge sind den Mitgliedern des VSAV e. V. vorbehalten (60 Euro Mitgliedsbeitrag im Jahr)	Neben günstigen Konditionen erhalten Sie Zugriff auf ausgewählte Experten, Top-Bedingungen und viele weitere wertvolle Dienstleistungen.
	Wir bieten Serviceleistungen auch für die Begleitung von Fremdverträgen. Die Offenlegung aller Kosten ist für uns selbstverständlich. Wenn möglich vereinbaren wir laufende Festpreise, damit die Kunden eine klare Kostenkalkulation haben.	Wir vermitteln Versicherungsschutz auf Netto-Basis, dies bedeutet, dass wir soweit keine Provisionen/Courtage vom Versicherer erhalten. Wir werden von Ihnen für die Prüfung, die Beratung zu Lösungen und für die Besorgung von Versicherungsschutz vergütet.

Quelleverweis Fotos: © Pejo - Fotolia.com, © FotolEdhar - Fotolia.com, © contrastwerkstatt - Fotolia.com, © Torbz - Fotolia.com

Haben Sie Fragen zur Zusammenarbeit? Gerne gehen wir auf Ihre Belange ein.  
Einfach eine E-Mail an [info@conav.de](mailto:info@conav.de) oder 07138 810999-0.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen!

**Ihr CONAV Consulting-Team**

CONAV Consulting  
GmbH & Co. KG

Birkenweg 5  
74193 Schwaigern  
Germany

**Kontaktdaten**

FON + 49 7138 810 999-0  
FAX + 49 7138 810 999-22

MAIL [info@conav.de](mailto:info@conav.de)  
WEB [www.conav.de](http://www.conav.de)

**Geschäftsführer**

Ralf W. Barth

UST-ID DE 285 444 617

**HDL-REG**

Stuttgart HRA 727957

**Komplementärin**

CONAV Verwaltungs GmbH

HDL-REG Stuttgart HRB 742715

**SITZ DER GESELLSCHAFT**

Birkenweg 5 . 74193 Schwaigern . Germany