

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



1. Ihre Kanzlei							
Name / Firma					Gründungsdatum		
Straße und Hausnummer							
PLZ		Ort					
Ansprechpartner			Handy*				
Telefon			Telefax*				
E-Mail			Homepage (alle)				
2. Rechtsform							
<input type="checkbox"/> Einzelperson		<input type="checkbox"/> Sozietät		<input type="checkbox"/> GmbH		<input type="checkbox"/> AG	
<input type="checkbox"/> LLP		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> PartGmbH	
3. Zulassung							
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsprüfungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Buchprüfungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Steuerberatungsgesellschaft		<input type="checkbox"/> Rechtsanwaltsgesellschaft	
4. Inhaber/ Sozien/ Geschäftsführer/ Gesellschafter/ Partner (ggfs. zusätzliches Blatt verwenden)							
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"/>
5. Mitarbeiter							
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		
6. Mandanten							
Wie groß ist der Anteil der 3 größten Mandanten an den Gesamt-Honorareinnahmen? (Anteil in %)							
1. Mandant	%	2. Mandant	%	3. Mandant			
7. Kammern und Verbände							
Zuständige Berufskammer und deren Sitz:							

Verbandsmitglied						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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. Jahresabschlussstellung/ 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)	_____ €

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



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 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. 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 Vertragssabwicklung, 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 Ihren Widerspruch ggf. per E-Mail an 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 Basisstarifen.

Freiwillige Angaben

* Mit * gekennzeichnete Felder sind freiwillig.

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