

**1. Interessent**

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma		
Vorname	Geburtsdatum*	Gründungsdatum
Name / Firma mit Rechtsform		
Straße und Hausnummer		
PLZ	Ort	
Ansprechpartner		Handy*
Telefon		Telefax*
E-Mail		Homepage
HRB-Nr.*	Steuer-Nr.*	Branchenschlüssel*

**2. Betriebsbeschreibung (ausführliche Beschreibung aller Tätigkeiten inkl. Rentenberater)**

**3. Risikoangaben / Wünsche zur Berechnung**

Vorstand, Inhaber, GF	<input type="checkbox"/>	Davon: Rentenberater selbstständig	<input type="checkbox"/>	
Angestellte Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	Davon: Angestellte Rentenberater	<input type="checkbox"/>	
Untervermittler im Namen der Hauptfirma	<input type="checkbox"/>	Ausschließlich tätig für die Hauptfirma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Untervermittler im eigenen Namen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Jahresumsatz brutto (Neugründungen: erwarteter Jahresumsatz), wenn steuerpflichtig inkl. Steuer				<input type="text"/> Euro
Örtlicher Geltungsbereich				<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Europa

**Zahlweise (Ratenzuschlag)**

1/1-jährlich     
  ½-jährlich (+3%)     
  ¼-jährlich (+5%)

**Beginn/ Laufzeit**

Laufzeit	Beginn
<input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 5 Jahre	<input type="text"/>

**Gewünschte Deckungssumme**

250.000 €     
  500.000 €     
  1 Mio. €

**4. Vorschäden in den letzten 5 Jahren (bitte ggfs. Zusatzblatt verwenden)**

Wurden in den letzten 5 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

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

**5. Vorversicherung**

Haben Sie eine **bestehende** bzw. hatten Sie in der **Vergangenheit** bereits eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für das Unternehmen oder für das Tochterunternehmen?  Ja  Nein

	Gesellschaft	Vers.-Nr.	Beginn (TT.MM.JJJJ)	Ablauf (TT.MM.JJJJ)	Versicherungs-summe
1					
2					
3					

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

**Rechtliche Hinweise**

**Abschlusserklärung**

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.

**Freiwillige Angaben**

\* Mit \* gekennzeichnete Felder sind freiwillig.

**Antragsunterschriften**

		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)

