

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-199
 versicherungsmakler@hbup.de
 http://www.hbup.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. Verleihen, überlassen oder entleihen Sie (ggf. auch nur stundenweise) fachlich vorgebildetes Personal an bzw. von andere Kanzleien / Kooperationspartner(n)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben. <input type="text"/>
1.6. 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"/>

1.7. Zuständige Rechtsanwalts-Kammer	
1.8. Mitgliedschaften in Berufsverbänden, berufsständischen Organisationen usw.	
1.9. Werden weitere, oben nicht angeführte, insbesondere betriebsunübliche Tätigkeiten ausgeübt? z.B. Notarvertretung, Insolvenz oder Nachlassverwalter, Geschäftsführer eines privaten Unternehmens etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja , nähere Beschreibung
2. Personenangaben (ggf. Zusatzblatt verwenden)	
2.1.1. Berufsträger Name: <input type="text"/> geb.: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger) Berufserfahrung seit: <input type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise: <input type="text"/>
2.1.2. Berufsträger Name: <input type="text"/> geb.: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger) Berufserfahrung seit: <input type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise: <input type="text"/>
2.1.3. Berufsträger Name: <input type="text"/> geb.: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger) Berufserfahrung seit: <input type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise: <input type="text"/>
2.2.1. angestellte oder freiberufliche Berufsträger mit Außenauftritt Name: <input type="text"/> geb.: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (unter 28h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger) Berufserfahrung seit: <input type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise: <input type="text"/>
2.2.2. angestellte oder freiberufliche Berufsträger ohne Außenauftritt Name: <input type="text"/> geb.: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (unter 28h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger) Berufserfahrung seit: <input type="text"/> Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise: <input type="text"/>

2.3.1. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: juristisch vorgebildete Mitarbeiter: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)
2.3.2. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: betriebswirtschaftlich vorgebildete Mitarbeiter: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)
2.3.3. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: akademisch vorgebildete Mitarbeiter: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)
2.3.4. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: sonstige Mitarbeiter: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)
2.4. Befinden sich Partner / Angestellte in der Vorbereitung zur WP- oder StB-Prüfung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Namen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
3. Umsätze	
3.1. Honorar/ Honorarerwartung	<input type="text"/> € (netto) Vorjahr <input type="text"/> € (netto) lfd. Jahr davon Honorare aus der Vorbehaltstätigkeit als WP: <input type="text"/> € (netto)
3.2. Gesamtmandate	<input type="text"/> davon <input type="text"/> Firmen-Mandate davon <input type="text"/> Kapitalgesellschaften
3.3. Angaben zu den umsatzgrößten Mandaten	1. Mandant: Geschäftsweig: <input type="text"/> Rechtsform: <input type="text"/> Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> € 2. Mandant: Geschäftsweig: <input type="text"/> Rechtsform: <input type="text"/> Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> € 3. Mandant: Geschäftsweig: <input type="text"/> Rechtsform: <input type="text"/> Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €
4. Risikomanagement	

4.1. Beschränken Ihre Standardvertragskonditionen Ihre Haftung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.2. Werden die Beratungen, Telefonate usw. schriftlich dokumentiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.3. Werden mit Auftraggebern schriftliche Verträge abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja , bitte Muster beifügen
4.4. Wie ist die Kontrolle von Fristen organisiert?	<input type="text"/>
4.5. Wird ein zertifiziertes Qualitätsmanagement vorgehalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001 ff <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
5. Versicherungsschutz allgemein	
5.1. Welche Deckungssumme wird gewünscht?	<input type="text"/> € (mind. 250.000 €)
5.2. Wünschen Sie erhöhte Selbstbehalte zur Prämienreduzierung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja , maximaler Selbstbehalt <input type="text"/> €
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"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja , ggfs. nähere Angaben <input type="text"/>
5.4. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart	<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
6. Besonderheiten	
6.1. Unterhalten Sie/Ihre Sozilen Niederlassungen, Zweigstellen, Büros etc. im Ausland (einschließlich nach aussen hin - z.B. an gemeinschaftlichen Briefbögen - erkennbare Kooperationen mit ausländischen Kanzleien)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte konkrete Angaben: <input type="text"/>
6.2. Beraten Sie in außereuropäischen Rechtsfragen oder sind Sie vor außereuropäischen Gerichten tätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
6.3. Liegen weitere besondere und ungewöhnliche Risikoumstände vor, nach denen bis jetzt noch nicht ausdrücklich gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
7. Vorversicherung	

7.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, Gesellschaft <input style="width: 100%;" type="text"/> Vers.Nr <input style="width: 100%;" type="text"/> Ablauf <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer Deckungssumme: <input style="width: 50%;" type="text"/> € Selbstbeteiligung: <input style="width: 50%;" type="text"/> €
7.2. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren von Mandanten in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, bitte nähere Angaben zur Häufigkeit und Höhe der Leistungen <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
7.3. Ist ein Antrag vom Inhaber, Partner, Sozius, Gesellschafter oder Geschäftsführer auf Berufshaftpflichtversicherung widerrufen, abgelehnt oder nur mit speziellen Bedingungen angenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, bitte nähere Angaben <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Wenn ja, bitte nähere Angaben <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
8. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
9. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 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. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 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. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Diese Daten werden ggf. zur weiteren Verarbeitung (z.B. Angebotserstellung, Schadenbearbeitung etc.), wie in der "Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung" beschrieben, an Versicherer und Dienstleister weitergeleitet. </div>
_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	_____ Datum, Unterschrift des Kunden

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro beim Kunden
-

Rev. 004 vom 12.07.2022