

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:**

<b>1. Firmendaten</b>	
1.1. Firmierung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Sozietät <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> WP-Gesellschaft <input type="checkbox"/> StB-Gesellschaft <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>
1.2. Gründungsdatum	<input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/> zugelassen seit: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>
1.3. Tätigkeitsgebiet (Ausrichtung, Spezialisierung, Branchenschwerpunkte)	<input type="checkbox"/> gemäß Firmenprospekt <input type="checkbox"/> gemäß Homepage <input style="width: 150px; height: 100px;" type="text"/>
1.4. Bestehen Kooperationen oder andere Partnerschaften mit Kanzleien oder Mitgliedschaften in Konsortien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte nähere Angaben. Briefkopf und Satzung beifügen <input style="width: 150px; height: 30px;" 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 <b>ja</b> , bitte nähere Angaben. <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>

<p>1.6. Bestehen gesellschaftsrechtliche / finanzielle / wirtschaftliche Verflechtungen oder andere Kooperationen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben und ggf. Unterlagen beifügen.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>1.7. Zuständige Kammer</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>1.8. Mitgliedschaften in Berufsverbänden, berufsständischen Organisationen usw.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>1.9. Werden weitere, oben nicht angeführte, insbesondere betriebsunübliche Tätigkeiten ausgeübt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, nähere Beschreibung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>2. Zusatzangaben bei Einzelpraxis</b></p>	
<p>2.1. Zugelassen seit</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>
<p>2.2. Tätigkeit</p>	<p><input type="checkbox"/> selbständig tätig seit <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>  <input type="checkbox"/> als Angestellter tätig seit <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div> bei <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div></p>
<p><b>3. Personenangaben</b> (ggf. Zusatzblatt verwenden)</p>	
<p>3.1.1. Berufsträger          Name: <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div>          geb.: <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div>  <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozios  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)          Berufserfahrung seit: <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>          Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p>3.1.2. Berufsträger          Name: <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div>          geb.: <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div>  <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozios  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)          Berufserfahrung seit: <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>          Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>
<p>3.1.3. Berufsträger          Name: <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div>          geb.: <div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 15px;"></div>  <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozios  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)          Berufserfahrung seit: <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px;"></div>          Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p>

<p>3.2.1. angestellte oder freiberufliche Berufsträger mit Außenauftritt</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>geb.: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit  <input type="checkbox"/> Teilzeit (unter 28h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)</p> <p>Berufserfahrung seit: <input type="text"/></p> <p>Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <input type="text"/></p>
<p>3.2.2. angestellte oder freiberufliche Berufsträger ohne Außenauftritt</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>geb.: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Sozium  <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollzeit  <input type="checkbox"/> Teilzeit (unter 28h) <input type="checkbox"/> Teilzeit (20h oder weniger)</p> <p>Berufserfahrung seit: <input type="text"/></p> <p>Tätigkeitsschwerpunkte, Qualifikation und Hinweise:  <input type="text"/></p>
<p>3.3.1. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: juristisch vorgebildete Mitarbeiter:</p> <p><input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> Vollzeit  <input type="text"/> Teilzeit (20h oder weniger)</p>
<p>3.3.2. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: betriebswirtschaftlich vorgebildete Mitarbeiter:</p> <p><input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> Vollzeit  <input type="text"/> Teilzeit (20h oder weniger)</p>
<p>3.3.3. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: akademisch vorgebildete Mitarbeiter:</p> <p><input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> Vollzeit  <input type="text"/> Teilzeit (20h oder weniger)</p>
<p>3.3.4. Mitarbeiter, die keine Berufsträger sind: sonstige Mitarbeiter:</p> <p><input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> Vollzeit  <input type="text"/> Teilzeit (20h oder weniger)</p>
<p>3.4. Befinden sich Partner / Angestellte in der Vorbereitung zur WP- oder StB-Prüfung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn ja, Namen:  <input type="text"/></p>
<p><b>4. Umsätze</b></p>	
<p>4.1. Honorar/ Honorarerwartung</p>	<p><input type="text"/> € (netto) Vorjahr  <input type="text"/> € (netto) lfd. Jahr          davon Honorare aus der Vorbehaltstätigkeit als WP:  <input type="text"/> € (netto)</p>
<p>4.2. Gesamtmandate</p>	<p><input type="text"/>          davon <input type="text"/> Firmen-Mandate          davon <input type="text"/> Kapitalgesellschaften</p>

<p>4.3. Angaben zu den umsatzgrößten Mandaten</p>	<p>1. Mandant:          Geschäftszweig: <input type="text"/>          Rechtsform: <input type="text"/>          Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €</p> <p>2. Mandant:          Geschäftszweig: <input type="text"/>          Rechtsform: <input type="text"/>          Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €</p> <p>3. Mandant:          Geschäftszweig: <input type="text"/>          Rechtsform: <input type="text"/>          Umsatz des Mandanten: <input type="text"/> €</p>
<p><b>5. Risikomanagement</b></p>	
<p>5.1. Werden die Beratungen schriftlich dokumentiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.2. Beschränken Ihre Standardvertragskonditionen Ihre Haftung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.3. Werden mit Auftraggebern schriftliche Verträge abgeschlossen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          wenn ja, bitte Muster beifügen</p>
<p>5.4. Wie ist die Kontrolle von Fristen organisiert?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>5.5. Wird ein zertifiziertes Qualitätsmanagement vorgehalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> DSTV-Qualitätssiegel  <input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001 ff  <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p><b>6. Versicherungsschutz allgemein</b></p>	
<p>6.1. Welche Deckungssumme wird gewünscht?</p>	<p><input type="text"/> €          (mind. 250.000 €)</p>
<p>6.2. Wünschen Sie erhöhte Selbstbehalte zur Prämienreduzierung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, maximaler Selbstbehalt  <input type="text"/> €</p>
<p>6.3. Sollen weitere Haftpflichtrisiken, ggfs. über sep. Policen abgedeckt werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Bürohaftpflicht  <input type="checkbox"/> D&amp;O-Geschäftsführerhaftpflicht  <input type="checkbox"/> AGG-Deckung (Gleichstellungsgesetz)  <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, ggfs. nähere Angaben  <input type="text"/></p>
<p>6.4. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart</p>	<p><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</p>
<p><b>7. Besonderheiten</b></p>	

<p>7.1. Unterhalten Sie/Ihre Sozien Niederlassungen, Zweigstellen, Büros etc. im Ausland (einschließlich nach aussen hin - z.B. an gemeinschaftlichen Briefbögen - erkennbare Kooperationen mit ausländischen Kanzleien)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte konkrete Angaben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7.2. Liegen weitere besondere und ungewöhnliche Risikoumstände vor, nach denen bis jetzt noch nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>8. Vorversicherung</b></p>	
<p>8.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Gesellschaft <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Vers.Nr <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Ablauf <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Versicherer</p> <p>Deckungssumme: <input style="width: 80px;" type="text"/> €</p> <p>Selbstbeteiligung: <input style="width: 80px;" type="text"/> €</p>
<p>8.2. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 10 Jahren - auch unversicherte</p>	<p><input type="checkbox"/> keine</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8.3. Ist ein Antrag vom Inhaber, Partner, Sozium, Gesellschafter oder Geschäftsführer auf Berufshaftpflichtversicherung widerrufen, abgelehnt oder nur mit speziellen Bedingungen angenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8.4. Sind dem Inhaber, Partner, Sozium, Gesellschafter oder Geschäftsführer aktuelle Umstände bekannt, die zu einem Anspruch gegen die og. Personen oder die Kanzlei führen können?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>9. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

**10. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung**

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.

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.

Diese Daten werden ggf. zur weiteren Verarbeitung (z.B. Angebotserstellung, Schadenbearbeitung etc.), wie in der "Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung" beschrieben, an Versicherer und Dienstleister weitergeleitet.

\_\_\_\_\_  
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
- \_\_\_\_\_