

Gewerbliche Analyse Firmenschutz

- Kurzquotierung
 ausführliches Angebot



Angebot zurück an:

Allgemeine Angaben:

Name des VN: _____

Anschrift : _____

PLZ _____ Ort _____

Risikoanschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Internet-Adresse: www. _____ E-Mail-Adresse: _____

ausführliche Beschreibung aller Tätigkeiten: _____

Anzahl Personen im Betrieb: _____ Geschäftsführer / Inhaber

_____ rein kaufmännisch Tätige

_____ gewerblich Tätige

Jahreslohn- und Gehaltssumme:

Gesamt _____ EUR, **davon** a) Unternehmerlohn: _____ EUR

b) Kaufm. Personal: _____ EUR

c) Gewerbl. Personal: _____ EUR

Jahresumsatz: _____ EUR, **davon** Wareneinsatz _____ EUR

Versicherungsräume: zur Miete Eigentum

Fläche im Gebäude: _____ m²

Gründungsdatum des Betriebes: _____

Sind Sie von Beginn an Betriebsinhaber? ja nein

1. BETRIEBSHAFTPFLICHT

Versicherungssummen:

- 5 Mio. EUR pauschal für Personen- und Sachschäden
- 3 Mio. EUR pauschal für Personen- und Sachschäden
- andere Versicherungssummen: _____

Umweltschadenversicherung Zusatzbausteine 1 und 2 gewünscht
(für Schäden an eigenen Böden und Gewässern, an der Biodiversität sowie am Grundwasser)

AGG-Haftpflichtschutz gewünscht (falls ja, erhalten Sie von uns den entsprechenden Fragebogen)
Gewünschte Versicherungssumme: 100.000 EUR 250.000 EUR 500.000 EUR 1.000.000 EUR

Führen Sie Arbeiten auf fremden Grundstücken durch? Ja Nein

Werden Tätigkeiten, die über das Anliefern von Waren zum Kunden hinausgehen, durchgeführt? (z.B. Installation, Reparatur, Montage...) Ja Nein

Führen Sie Tätigkeiten im Ausland durch? Ja Nein

Stellen Sie her und/oder liefern Sie umweltgefährliche Substanzen oder Anlagen mit Umweltpotential (z.B. Tanks, Filteranlagen)? Ja Nein

Hat der Interessent einen Hauptauftraggeber? Ja Nein
(Wie viel Prozent des Umsatzes entfallen auf diesen? _____%)

Werden von Ihnen Subunternehmer beauftragt? Ja Nein
(Ggf. jährliche Auftragssumme _____EUR)

Stellen Sie Produkte unter Ihrem eigenen Namen her? Ja Nein

Sind Sie Direktimporteur von Waren aus Nicht-EU-Staaten? Ja Nein

Verkaufen Sie Handelsware im eigenen Namen? Ja Nein

Liefern Sie Erzeugnisse ins Ausland? Ja Nein

Falls Sie eine der letzten 4 Fragen mit „ja“ beantwortet haben, erhalten Sie von uns den Fragebogen zur Ermittlung des Haftpflichtrisikos.

Liegt der Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit im Bereich Beratung, Verwaltung oder Vermittlung? Ja Nein

Falls „ja“, erhalten Sie von uns den Fragebogen zur Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung.

Haben Sie Hub- und Gabelstapler? bis 20 km/h: ____ Stück über 20 km/h: ____ Stück

Wünschen Sie den Einschluß privater Risiken? PHV Familie (inkl. Komplettschutz)
 Hunde-HV

Wert des Betriebsgebäudes u. der angrenzenden Gebäude: bis 3.000.000,-- EUR
 bis 5.000.000,-- EUR
 über 5.000.000,-- EUR

Mietsachschäden durch Brand, Explosion, Leitungswasser und Abwasser an Gebäuden und/oder Räumlichkeiten _____ EUR

Vermieten Sie Räume? Wenn ja, Bruttojahresmietwert _____ EUR

BANDKE Assekuranz-Makler UG (haftungsbeschränkt)
Bayerische Str. 4
10707 Berlin

- Sind Heizöl-, Benzin- und/oder Dieseltanks vorhanden? _____ Liter (Gesamtfassungsvermögen)
- Sind Öl-, Benzin-, Fettabscheider vorhanden? _____ Stück
- Sind Kleingebinde vorhanden? _____ Liter
- Existieren sonstige deklarierungspflichtige Anlagen oder Anlagen nach dem Umwelt-HG? Ja Nein
- Kommen geschützte Arten (Tiere und/oder Pflanzen) auf Ihrem Betriebsgrundstück vor? Ja Nein
- Entfernung zu nächsten Schutzgebiet (Natura 2000-Gebiete: FFH-Gebiete und Vogelschutzrichtlinie sowie andere Naturschutzgebiete?) _____ Entfernung in Metern
- Erfolgt die Ableitung von Abwasser durch
- Direkteinleitung von
 - Produktionsabwässern Ja Nein
 - Betriebs- und Dachflächen Ja Nein
 - Indirekteinleitung von
 - Produktionsabwässern Ja Nein
 - Betriebs- und Dachflächen Ja Nein
- Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

2. RECHTSSCHUTZ

- Spezialrechtsschutz für Firmen bis zu 200 Personen inkl. aller Fahrzeuge
- Anzahl Geschäftsführer/Inhaber: _____ Person(en)
- Mitarbeitende Familienangehörige und Lebenspartner: _____ Person(en)
- Anzahl Vollzeit-Beschäftigte: _____ Person(en)
- Anzahl Teilzeit-Beschäftigte, Azubis, Aushilfen, Saisonarbeiter, Leiharbeitnehmer: _____ Person(en)
- Heimarbeiter: _____ Person(en)
- Freiberuflich Tätige mit Firmenfahrzeug: _____ Person(en)
- inkl. Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz Ja Nein
- Selbstbeteiligung: ohne 150,-- EUR 250,-- EUR 500,-- EUR
- Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

3. INHALT / ELEKTRONIK / MASCHINEN / GLAS

Angaben zu den Versicherungsräumen

- Geschäftsgebäude Wohn- und Geschäftsgebäude Container / Behelfsbau / Kiosk
- innerhalb des Ortes außerhalb des Ortes im Gewerbegebiet
- Lagergebäude Gebäude mit offenen Seiten / Zelt / Traglufthalle
- Erdgeschoß Keller vorhanden Etage(n): _____

Entfernung zum nächststehenden Gebäude (Angabe in m): _____

Angaben zu Gefahrenverhältnissen

- EMA (VdS-anerkannt) mit Aufschaltung auf Wachdienst Wertschutzschrank (mind. 300 kg)
 Sprinkler Fußbodenheizung Solaranlage Klimaanlage
 Außenwände überwiegend aus Holz und/oder überwiegend weicher Dachung
 Weitere Betriebe im Gebäude / innerhalb von 10 m: _____

Versicherungssummen (Neuwert)

A) Allgemeine kaufmännische und technische **Einrichtung gesamt**
inkl. eingebrachte Gebäudebestandteile _____ EUR

davon allgemeine **Bürotechnik** (Elektronik)
ohne Laptops _____ EUR

Laptops / Notebooks:

___ Stück mit Einzelwert bis 1.500,-- EUR

___ Stück mit Einzelwert 1.500,-- EUR bis 2.500,-- EUR

___ Stück mit Einzelwert über 2.500,-- EUR

Vers.summe aller Laptops: _____ EUR

Anteil sonstige **Elektronik / Maschinen** (ggf. zusätzliche Blätter verwenden)
(z.B. Meß- und Prüftechnik, Medizintechnik, Kassen-Systeme, CNC-Maschinen, Pressen, etc.)

| Hersteller, Typ, Verwendungszweck | Baujahr | heutiger Listenpreis /Neuwert |
|-----------------------------------|---------|-------------------------------|
| _____ | _____ | _____ EUR |
| _____ | _____ | _____ EUR |
| _____ | _____ | _____ EUR |

B) Warenvorräte

Art der Warenvorräte: _____

Wert der Warenvorräte **insgesamt** _____ EUR

davon lieferungsfertige u. verkaufte **Eigenprodukte** _____ EUR

davon unter 12 cm Lagerhöhe und / oder unter Erdgleiche _____ EUR

C) Vorsorge-Summe (Empfehlung: 10 - 15 %) _____ EUR

Gesamt-Versicherungssumme _____ EUR

D) Betriebsunterbrechung / Ertragsausfall

Ermittlungshilfe: Umsatz abzüglich Wareneinsatz + mind. 20 %
(mind. Gesamt-Versicherungssumme Inhalt) _____ EUR

Gewünschter Versicherungsschutz

- Feuer inkl. KEA Elementar inkl. KEA
 Leitungswasser inkl. KEA EC-Zusatzgefahren inkl. KEA
 Einbruchdiebstahl inkl. KEA Elektronikschutz für Bürotechnik
 Sturm / Hagel inkl. KEA Zu EC: Schäden durch unbenannte Gefahren

E) Geschäftsglas / Werbeanlagen

___ m² Betriebsfläche (es gilt die Nutzfläche der innerhalb des Gebäudes genutzten Räume einschließlich der Lagerräume)

___ Stück Werbeanlagen Einzelwert(e) in EUR: _____

___ Stück Leuchtröhrenanlagen Einzelwert(e) in EUR: _____

___ Stück Firmenschilder/Transparente Einzelwert(e) in EUR: _____

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

4. GEWERBLICHES GEBÄUDE / GEBÄUDE-GLAS / MIETVERLUST / GEBÄUDETECHNIK

Baujahr _____ Wert 1914 _____ Mark Neuwert heute _____ EUR

Betriebe im Gebäude (Art): _____ Flächenanteil in %: _____

_____ Flächenanteil in %: _____

_____ Flächenanteil in %: _____

Wohnungen im Gebäude: _____ Stück Flächenanteil in %: _____

Brutt jahresmietwert der vermieteten Räume: _____ EUR

Gefahrerhöhungen:

- Außenwände überwiegend aus Holz und/oder überwiegend weicher Dachung
- Feuergefährliche Fremdbetriebe innerhalb 10 m Entfernung
- Fußbodenheizung Sprinkleranlage
- leerstehend, ungenutzt eine oder mehrere offene Seiten

Gewünschter Versicherungsschutz

- Feuer Gebäudeglas Leitungswasser Mietverlust
- Sturm / Hagel Gebäudetechnik Elementar EC-Zusatzgefahren
- Zu EC: Schäden durch unbenannte Gefahren

Auflistung der vorhandenen Geräte zur Gebäudetechnik (ggf Zusatzblatt verwenden)

Pauschale Summe Neuwert heute _____ EUR

| Hersteller und Typbezeichnung | Baujahr | Listenpreis oder heutiger Neuwert in EUR | gekauft | gemietet | geleast | gewartet | nicht gewartet |
|-------------------------------|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | <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"/> |

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

5. TRANSPORTERINHALT UND FRACHTFÜHRERHAFTUNG:

Fremde Waren im Auftrag Dritter gegen Entgelt

Geltungsbereich BRD EU-Länder

Massengut Stückgut Kühlgut Umzugsgut

Sonstiges: _____

Für Möbeltransporte ausgestattetes Fahrzeug: Ja Nein

Zulässiges Gesamtgewicht (ggf. inklusive Hänger):

Fzg. 1: _____ to Fzg. 2: _____ to Fzg. 3: _____ to

Eigene Waren

Geltungsbereich BRD EU-Länder

Art der beförderten Güter: _____

Anzahl der Fahrzeuge: _____

Gesamtjahresumsatz: _____ EUR

Maximum/Höchstladewert je Verkehrsmittel (Kraftfahrzeug, Flugzeug, Bahn, Schiff):

Fzg. 1: _____ EUR Fzg. 2: _____ EUR Fzg. 3: _____ EUR

Maximum (je Paket beim Einsatz von gewerblichen Paketdiensten bzw. Postsendungen):

_____ (maximal 5.000,-EUR)

Sonstige: _____ Transportanteil über 10 %

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

6. GRUPPENUNFALL

24-Stunden-Deckung, ohne Namensnennung

| | Geschäftsleitung Anzahl _____ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | kaufm. Angestellte Anzahl _____ (A) | gew. Mitarbeiter Anzahl _____ (B) |
|---|---|---|---|
| Invalidität/Grundsumme | _____ | _____ | _____ |
| Progression | <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 500 |
| Unfall-Rente monatlich | _____ | _____ | _____ |
| Todesfallsumme | _____ | _____ | _____ |
| KHT mit KHT-Plus | _____ | _____ | _____ |
| Übergangsleistung | _____ | _____ | _____ |
| Tagegeld (ab 8. Tag nur für Geschäftsführer) | ab _____. Tag | ab 43. Tag | ab 43. Tag |
| Kosmetische Operationen (10.000,- EUR) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

BANDKE Assekuranz-Makler UG (haftungsbeschränkt)
Bayerische Str. 4
10707 Berlin

Mitglied im:  Bundesverband
Finanzdienstleistung



7. EXISTENZ - BETRIEBSUNTERBRECHUNG

versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____ (max. Eintrittsalter 49 Jahre)

Stellung im Unternehmen: _____

Tätigkeitsbeschreibung: _____

Umsatz wird zu _____% von der versicherten Person erbracht.

Karenzzeit 21 Tage 28 Tage 42 Tage

A) Versicherungssumme EUR → **Komplett Deckung**

B) Versicherungssumme EUR → **Nur fortlaufende Betriebskosten**

Vorschäden / Vorversicherer vorhanden: Ja → bitte Punkt 8. ausfüllen Nein

8. VORSCHÄDEN (AUCH UNVERSICHERTE) DER LETZTEN 5 JAHRE / VORVERSICHERER
(ggf Zusatzblatt verwenden)

| Zu Nr. | Vorversicherer | VSNR | Schadenart | Schadenjahr | Zahlungen/Reserven Höhe in EUR | Vertrag gekündigt durch Vorversicherer | |
|--------|----------------|-------|------------|-------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

9. BEMERKUNGEN (z. B. Beitragsvorgaben, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel