

Attianese

Versicherungen

Versicherungsmakler Alessandro Attianese

D-52351 Düren, Arnoldsweilerstr. 49
Tel.: +49 (0) 2421/4988 243 Fax.: +49 (0) 2421/4988 011
info@attianese-versicherungen.de
Internet: www.attianese-versicherungen.de

Kundendaten Erfassungsbogen **für Gewerbekunden**

Teil 1 - Grunddaten des Unternehmens

1. Angaben zum Gespräch

Firma:	Gesprächspartner:
Gesprächsteilnehmer:	

Beraten und Betreut von: _____

2. Angaben zur Firma

Firmenname: _____

Rechtsform: Einzelunternehmen AG Mini-GmbH (UG) oHG KG
 GmbH & Co. KG GbR _____

Datum der Gründung/ Übernahme: _____

Inhaber / Gesellschafter / Geschäftsführer

Person 1

männlich weiblich

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb. Datum: _____ Ort: _____

Funktion im Betrieb: : _____

Person 2

männlich weiblich

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb. Datum: _____ Ort: _____

Funktion im Betrieb: : _____

Firmen-Adresse:

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ Fax _____

E-Mail _____

Homepage _____

Art des Betriebes:

Handelsbetrieb (*mit welchen Waren wird gehandelt?*)

Handwerks-/ Baubetrieb
(*Welche Arbeiten werden durchgeführt?*)

KFZ-Handel und Handwerk

Produktionsbetrieb (*Welche Dienstleistungen werden erbracht?*)

Heilwesen

Ausführliche Betriebsbeschreibung

Innungs-/ Verbandsmitgliedschaft: ja Welche? _____ nein

Weitere rechtlich selbständige Betriebe vorhanden? ja (*separate Risikoanalyse*) nein

Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____ **Name/Ort:** _____

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.

Teil 2 - Sachversicherungen

3. Betriebs-Haftpflicht

Absicherung gewünscht: ja nein

Versicherungsumfang

Deckungssumme 3 Mio 5 Mio _____

Gewünschte Selbstbeteiligung _____

Wie viele Personen sind im Betrieb tätig? Vollzeit _____ Teilzeit _____

Brutto-Jahreslohn- und Gehaltssumme _____

Jahresumsatz im Vorjahr ohne MwSt? _____

Werden Leistungen an Subunternehmen weiter gegeben? ja nein Auftragssumme _____
Betriebsfremde Risiken ja nein Welche? _____

Selbstfahrender Arbeitsmaschinen bis 20 km/h: Stück _____ Art _____

Werden Teile des Betriebsgrundstücks vermietet? ja nein Jahresbruttomiete _____

Umwelthaftung

Nehmen Sie Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Instandhaltung und Wartung von WHG-Anlagen, Abwasseranlagen oder genehmigungspflichtigen Anlagen bzw. Teilen vor? ja nein

Lagern, verwenden bzw vertreiben Sie umweltgefährliche Stoffe? ja nein

Sind Heizöltanks vorhanden? ja Anzahl _____ BJ _____ Fassungsvermögen _____
 nein

Sind Betriebstankstellen vorhanden? ja Anzahl _____ BJ _____ Fassungsvermögen _____
 nein

Sind Öl-Benzinabscheider vorhanden? ja Anzahl _____ BJ _____
 nein

Produkthaftung

Importieren Sie Waren aus dem außereuropäischen Ausland? ja Welche? _____
 nein

Sichern Sie Ihren Produkten besondere Eigenschaften zu? ja Welche? _____
 nein

Liefern Sie Erzeugnisse, die mit anderen Produkten untrennbar verbunden, vermischt oder verarbeitet werden? ja Welche? _____
 nein

Liefern Sie Maschinen oder Anlagen, mit denen andere Erzeugnisse hergestellt, bearbeitet oder verarbeitet werden? ja Welche? _____
 nein

Liefern Sie Erzeugnisse, die eingebaut, angebracht oder Verlegt werden? ja Welche? _____
 nein

Liefern/ arbeiten Sie im/ins Ausland? ja Welche Länder? _____
 nein

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.

4. Geschäftsinhaltversicherung

Absicherung gewünscht: ja nein

Versicherungsumfang

Bauart des Gebäudes: _____

Risikoort
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ _____ Ort _____

Feuergefährliche Betriebe in der Nähe ja Welche _____
 nein

Betriebsfläche _____ m²

Versicherungssumme _____ € (Einrichtung _____ + Waren/Vorräte _____)

Welche Gefahren sollen versichert werden?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Feuer | <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Elementar |
| <input type="checkbox"/> Einbruch-Diebstahl | <input type="checkbox"/> Sturm/Hagel | <input type="checkbox"/> Glas (Fläche _____ m ²) |

Betriebsunterbrechung

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feuer | <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Elementar |
| <input type="checkbox"/> Einbruch-Diebstahl | <input type="checkbox"/> Sturm/Hagel | |

Betriebsschließungsversicherung

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

5. Maschinen

Absicherung gewünscht: ja nein

Pos.	Herstellerna me	Type	Seriennummer	Baujahr	Stationär oder fahrbar	Versicherungssumme

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.

6. Elektronik-Versicherung

- Absicherung gewünscht:** ja nein
- Informationstechnik (z.B. EDV-Anlagen) Bürotechnik (z.B. Schreib- und Rechentechnik, Kopiergeräte)
- Mess- und Regeltechnik Kommunikationstechnik (z.B. Telefonanlage) Medizintechnik
- Photovoltaikanlage Einzelgeräte

Hersteller	Typ	Geräte-Nr.	Wiederbeschaffungswert	Baujahr	Mobiler Einsatz? Länder?

Vorvertrag

Gesellschaft _____ **Vertragsnummer** _____ **Ablauf** _____ **Beitrag** _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

7. Betriebsgebäude

Absicherung gewünscht: ja nein

Versicherungsumfang

Feuer LW ST/H Elementar Glas

Wert 1914 _____ Mark Gebäudewert _____ € Baujahr _____

Gebäude in Bau Baubeginn: _____ Fertigstellung: _____

Wohnfläche: _____ m² Betriebsfläche: _____ m² davon Lager-/Hallenfläche: _____

Feuergefährliche Betriebe in der Nähe ja Welche _____
 nein

Besonderheit in der Bauweise: _____

Mietnomaden und Mietausfall

Einmalzahlung bei Renovierungsbedarf durch Mietnomaden 0 € 10.000 € 20.000 €

Mietausfall nicht gewünscht 6 Monate 12 Monate 18 Monate 24 Monate

Vorvertrag

Gesellschaft _____ **Vertragsnummer** _____ **Ablauf** _____ **Beitrag** _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.

8. Rechtsschutz

Absicherung gewünscht: ja nein

Wie wichtig ist es Ihnen, bei Streitigkeiten vor Gericht abgesichert zu sein?

wichtig nicht wichtig

Gewünschte Absicherung: Betriebs RS Arbeitgeber RS Verkehrs RS WuG RS
 erweiterter Straf- RS Vertrags- RS spezial Straf-RS für
Geschäftsführer

Vermietete Wohn-Gewerbeeinheiten: **Häuser/Wohnungen:**

Jahresbruttomiete: _____ Euro Inland Ausland

Gewerbe:

Jahresbruttomiete: _____ Euro Inland Ausland

Anzahl der vorhandenen Fahrzeuge: 1 2 3 mehr

Selbstbehalt: keine SB max. 150,-- € max. 300,-- € max. 500,-- €

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Besondere Anforderungen an den Versicherungsschutz/ Sonstige
Bemerkungen (z.B. Umgebungskriterien wie Gewässer und Feuergefährliche
Betriebe):

9. Cyber-Versicherung

Absicherung gewünscht: ja nein

Bei Absicherungswunsch, Branchen-Spezifische Fragebögen nutzen.

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

9.4. Einzel-KFZ

Fahrzeugdaten

Fahrzeugart	Amtl. Kennzeichen	HSN	TSN	Erstzulassung	Zulassung auf VN
Hersteller	Typ	Fahrleistung/Jahr	km-Stand	Fahrzeug-Ident. Nr.	

Nutzung: ausschließlich privat ausschließlich geschäftlich
 überwiegend privat überwiegend geschäftlich

abweichender Halter: _____
Name, Vorname, Anschrift

Versicherungsumfang

Haftpflicht: gesetzl. Summe Höchstdeckung SF-Klasse: _____ / Jahr: _____

Vollkasko Teilkasko SB ____/____ (VK/TK) SF-Klasse: _____ / Jahr: _____

Saisonkennzeichen: ja nein Monate ____/____

Ausschluss Schutzbrief Rabattschutz Marderbiss und Folgeschäden Sommer/Winterreifen

GAP-Deckung bei Leasing Finanzierung

Insassenunfall: nicht gewünscht bei Tod: _____ € bei Invalidität: _____ €

Verwendeter Kraftstoff: Benzin Erdgas Autogas Diesel ohne Filter Diesel mit Filter
 Hybrid Wasserstoff _____

Tarifierungsmerkmale

Abstellplatz: Nutzerkreis:

Garage VN Geb. Datum jüngster Fahrer: _____

Carport Partner

Tiefgarage Kind

im Freien andere Hauseigentümer, WG versichert bei _____

zusätzliche Angaben für LKW und Anhänger (zwingend erforderlich!)

Aufbauart: _____ zul. Gesamtgewicht: _____ kg Fahrgebiet: _____

zusätzliche Angaben für Motorrad (zwingend erforderlich!)

Marke: _____ leer Gewicht: _____ kg Hubraum: _____

PS/KW : _____ max. Geschwindigkeit: _____

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

10. KFZ-Flotte

Bitte füllen Sie die Kfz-Tabelle vollständig aus. Ansonsten kann keine Berechnung erfolgen.

Fax: 07631/3640-20

KFZ-FLOTTENTABELLE

Name Vertriebspartner:
Faxnummer:

Attianese Versicherungen
02421/ 4988 011

Firma :

Branche:

Versicherungsbeginn:

gewünschte Zahlungsweise:

Nr.	Amtl.Kennz.	Typ	HSN	WKZ	Gesamtgewicht (t)	Nutzlast	KW	SF/KH	SF/Kasko	SB VK /TK	EZ	Mehrwert	Neuwert	jährl.KM Lstg.	Aufbauart	Stellpl.
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Über Amex versicherbare Wagniskennziffern:

WKZ = Wagniskennziffer

112 PKW	351 LKW in Werkverkehr	127 Camping KFZ
251 Lieferwagen	581 Anhänger im Werkverkehr	401 Zugmaschine im Werkverkehr
003 Krad	541 Wohnwagenanhänger	-

Angaben zur Schadenquote sind zwingend erforderlich.

Ansonsten kann keine Berechnung erfolgen.

Derzeitiger Versicherer:				Dort versichert seit:
Jahr	Gezahlte Beiträge inkl. Steuer	Schadenzahlungen	Schadenreserven	Schadenquote aus Nettobeitrag

**Voraussetzung: gewerbliche Zulassung. SQ der letzten 3 Jahre + laufendes Jahr < 50%
VN und Halter identisch und gleich Firma
5-15 Fahrzeuge (mind. 5 ziehende Fahrzeuge)**

Bitte reichen Sie die ausgefüllte Flottentabelle zusammen mit den Fahrzeugscheinkopien ein!

Achtung: Vom Vorversicherer gekündigte Verträge können nicht eingedeckt werden!

Wunschprämie:

11. Transport-Versicherung

Absicherung gewünscht: ja nein

Werden Gütertransporte durchgeführt? ja nein Welche: _____ Höchstwert: _____

Werden Lagerungen veranlasst? ja nein Welche: _____ Höchstwert: _____

Transport von eigenen Waren und Gütern? ja nein Welche: _____ Höchstwert: _____

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Ablauf _____ Beitrag _____

Gekündigt durch VN VR

Schäden letzten 5 Jahre (Höhe und Jahr): _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.

Teil 3 - Liquidität

12. Kautionsversicherung

Liquidität gewünscht: ja nein
 Einmalige Kaution: Summe: _____
 Kautionsrahmen: Summe: _____

13. Strom und Gas

	Strom	Gas
Aktueller Anbieter	_____	_____
Kundennummer	_____	_____
Zählernummer	_____	_____
Verbrauch	_____	_____
Gebunden bis	_____	_____

	Strom	Gas
Aktueller Anbieter	_____	_____
Kundennummer	_____	_____
Zählernummer	_____	_____
Verbrauch	_____	_____
Gebunden bis	_____	_____

14. Kredite und Baufinanzierung

Kreditart	Darlehensgeber	Kredit höhe	Rate	Zinsbindung	Restschuld nach Zinsbindung?
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Teil 4 - Vorsorge und Geldanlage

15. Sparverträge und Geldanlagen (inkl. Bausparen)

Vertragsart	Gesellschaft	Sparbeitrag	Angespartes Kapital	Zinsen / Rendite	Ziel / Nutzung
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

16. Lohnkostenoptimierung

Separate Honorarberatung durch Spezialisten-Team (ab 15 Mitarbeiter): ja nein

17. Betriebsrente

Absicherung gewünscht: ja nein

Besteht bereits ein Rahmenvertrag? ja* nein Gesellschaft: _____

Anzahl Mitarbeiter: _____ Wie viele nutzen bereits eine BAV? _____

Höhe des Arbeitgeberzuschuss zur BAV: _____

*Rahmenvertrag wird benötigt zur Überprüfung

18. Betriebliche Unfallversicherung

Wie wichtig ist Ihnen die Absicherung der finanziellen Folgen nach einem Unfall für Ihre Mitarbeiter?

sehr wichtig

weniger wichtig

	Geschäfts- führung	Leitende Mitarbeiter	Kfm. Angestellte	Gewerbl. Angestellte	Mitarbeit. Familien- angehörige	Azubis
Anzahl Mitarbeiter						
Vollzeitbeschäftigte						
Teilzeitbeschäftigte						
Zuständige BG						
Besteht betriebl. UV?						
Direktanspruch	<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
Wenn ja: Pauschal- versteuerung	<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
Versicherungs- umfang						
Beruf und Freizeit						
Nur Berus- und Wegeunfälle						
Vertragspartner						
Vertragsunterlagen sind/werden	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vertragsverlauf						

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.

19. betriebliche Krankenversicherung

	Geschäfts- führung	Leitende Mitarbeiter	Kfm. Angestellte	Gewerbl. Angestellte	Mitarbeit. Familien- angehörige	Azubis
GKV pflichtig/freiwillig						
PKV (-zusatz) durch Arbeitgeber	<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
Vertragspartner						
Versicherungsbeginn						
Vertragsablauf						
Zusatzversich./Wahl arife						
Lohnfortzahlung X-Wochen						
Leistungen für Mitarbeiter gewünscht	<input type="checkbox"/> 1-Bettzim. <input type="checkbox"/> 2-Bettzim. <input type="checkbox"/> Zähne _____% <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KHT <input type="checkbox"/> Pflege _____	<input type="checkbox"/> 1-Bettzim. <input type="checkbox"/> 2-Bettzim. <input type="checkbox"/> Zähne _____% <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KHT <input type="checkbox"/> Pflege _____	<input type="checkbox"/> 1-Bettzim. <input type="checkbox"/> 2-Bettzim. <input type="checkbox"/> Zähne _____% <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KHT <input type="checkbox"/> Pflege _____	<input type="checkbox"/> 1-Bettzim. <input type="checkbox"/> 2-Bettzim. <input type="checkbox"/> Zähne _____% <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KHT <input type="checkbox"/> Pflege _____	<input type="checkbox"/> 1-Bettzim. <input type="checkbox"/> 2-Bettzim. <input type="checkbox"/> Zähne _____% <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KHT <input type="checkbox"/> Pflege _____	<input type="checkbox"/> 1-Bettzim. <input type="checkbox"/> 2-Bettzim. <input type="checkbox"/> Zähne _____% <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> KHT <input type="checkbox"/> Pflege _____

20. Besonderheiten, Hinweise, Gesprächsdokumentation zum 1. Termin

1) Vorstellung Attianese Versicherungen – Arbeitsweise – Möglichkeiten - Grundsätze

2) Datenaufnahme mittels Analysebogen

3) Mitnahme Versicherungsordner ja nein / bzw. Dokumente & Policen des Kunden ja nein

Folgendes Dokument wurde Ihnen ausgehändigt:

„Informationen über den Vermittler gemäß § 5 und §11 Versicherungs Vermittler Verordnung“

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen Wahrheitsgemäß beantwortet habe.

(Ort / Datum)

(Unterschrift Kunde) - (Ehe-/Lebenspartner)

Einwilligung zur Datenerhebung und Verarbeitung

Hiermit willige(n) ich/ wir ein, dass der Makler die hier erhobenen Daten im Rahmen seiner Tätigkeit mittels EDV speichert und analysiert. Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

(Ort / Datum)

(Unterschrift Kunde) - (Ehe-/Lebenspartner)

(Ort / Datum)

(Unterschrift Vermittler)

Wir gewährleisten die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Damit wir eine korrekte Bearbeitung und Auswertung für Sie vornehmen können, bitten wir jedoch um eine möglichst lückenlose Angabe aller benötigten Daten.