

# Allgemeine Risikoerfassung Betriebe – verkürzt / Seite 1/6

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

VKF Finanz GmbH

Zum Irrgarten 3 • 28844 Weyhe

Tel.: 0421-79282688

Fax: 0421-79282689

info@vkf-finanz.de

http://www.vkf-finanz.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Firmierung</b>	
1.1. Gründungsdatum des Unternehmens	<input style="width: 100%;" type="text"/>
1.2. bei Kapitalgesellschaften: Gesellschafter und deren Anteile	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
1.3. Ist der Betrieb Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.4. Sind negative Eintragungen in Wirtschaftsauskunftsdateien (z.B. Creditreform, Infoscore oder SCHUFA) vorhanden? Ggf. bitte erläutern (z.B. Mahnbescheid, Insolvenz etc).	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b> , bitte genauere Angaben <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<b>2. Kommunikationsdaten</b>	
2.1. Telefon	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2.2. Fax	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2.3. Internet	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2.4. Bankverbindung Konto Bankleitzahl Kontoinhaber, soweit abweichend Bank IBAN	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>3. Geschäftsleitung</b>	
3.1. Vorstand, Geschäftsführer, Inhaber - mit Geburtsdatum -	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

# Allgemeine Risikoerfassung Betriebe – verkürzt / Seite 2/6

3.2. Wirken Sie in Berufsverbänden aktiv mit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , nähere Beschreibung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
3.3. mitarbeitende Familienangehörige - mit Geburtsdatum -	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
3.4. Sollen die privaten Risiken der genannten Personen in die Beratung einbezogen werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , nähere Beschreibung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
3.5. Ansprechpartner für die Gestaltung des Versicherungsschutzes - mit Telefonnummer (Mobil), Email, Fax	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
<b>4. Abwicklung</b>	
4.1. Ansprechpartner für die Abwicklung von Versicherungsangelegenheiten - mit Telefonnummer (Mobil), Email, Fax	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
4.2. Kommen Sie auf uns zu, wenn Sie eine Überprüfung oder Änderung der Verträge wünschen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>nein</b> , wie soll die Betreuung erfolgen? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
4.3. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen Informationen per Fax, per Telefon, oder (unverschlüsselter) Email zukommen lassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , Fax / Email <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
4.4. Können wir von Ihrem Steuerberater bei Bedarf direkt Auskünfte einholen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , Anschrift Steuerberater <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
4.5. bevorzugte Zahlweise und -art	<input type="checkbox"/> Rechnung / <input type="checkbox"/> Abbuchung <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich

# /// Allgemeine Risikoerfassung Betriebe – verkürzt / Seite 3/6

4.6. Sollen wir für aktuell laufende Schadensfälle (die nicht bereits über uns gemeldet wurden) tätig werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Schadensfälle nennen <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<b>5. Betriebsdaten</b>	
5.1. Sind weitere, rechtlich selbständige Unternehmen oder Zweigniederlassungen vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , gemäß <input type="checkbox"/> sep. Risikoerfassung oder nähere Beschreibung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
5.2. Sollen diese in die Beratung einbezogen werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , nähere Beschreibung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
5.3. Betriebsart, Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> gemäß Firmenprospekt <input type="checkbox"/> gemäß Homepage <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
5.4. Werden weitere, oben nicht angeführte, insbesondere betriebsunübliche Tätigkeiten ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , nähere Beschreibung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
5.5. Werden Waren außerhalb Deutschland geliefert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , nähere Beschreibung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
5.6. Umsatz / Umsatzerwartung	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div> <span>€ Vorjahr,</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>davon Wareneinsatz</span> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <span>%</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div> <span>€ lfd. Jahr</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>davon Wareneinsatz</span> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <span>%</span> </div>
5.7. Geschäftsjahr	<input type="checkbox"/> 01.01. <input type="checkbox"/> abweichend: <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px;"></div>
<b>6. Beschäftigte</b>	

# /// Allgemeine Risikoerfassung Betriebe – verkürzt / Seite 4/6

6.1. Anzahl der Mitarbeiter (einschließlich Inhaber)	<input type="checkbox"/> Vollzeit (über 20 Stunden) davon auf fremden Grundstücken tätig: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Teilzeit (bis 20 Stunden) davon auf fremden Grundstücken tätig: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Auszubildende davon auf fremden Grundstücken tätig: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> geringfügig Beschäftigte <input type="checkbox"/> versicherungspflichtig <input type="text"/> <input type="checkbox"/> versicherungsfrei <input type="text"/> davon auf fremden Grundstücken tätig: <input type="text"/>
6.2. Jahresbruttolohnsumme/-erwartung - analog BG-Meldung -	<input type="text"/> € Vorjahr <input type="text"/> € lfd. Jahr
6.3. Sind für Sie freie Mitarbeiter, Handelsvertreter tätig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , Anzahl und jährlichen Vergütung <input type="text"/>
6.4. Sind für Sie Subunternehmer tätig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , Auftragssumme/Art der Tätigkeit <input type="text"/>
6.5. Ist der Betrieb an einen Tarifvertrag gebunden Sofern <b>ja</b> , welcher Tarifvertrag gilt? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja, Tarifvertrag besteht <input type="checkbox"/> nein, keine Bindung aber freiwillige "Anlehnung" <input type="checkbox"/> nein, keine Bindung
<b>7. Immobilien</b>	
7.1. Sind Sie Eigentümer von Immobilien, bzw. tragen Sie die Gefahr?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , Anschrift und Beschreibung <input type="text"/>
7.2. Glas Sind besonders große Fenster, Lichtkuppeln, Werbeanlagen vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>ja</b> , Beschreibung (Größe der einzelnen Scheiben) angeben <input type="text"/>
7.3. Liegt das jeweilige Prüfzeugnis der elektrischen Anlagen für die Feuerversicherung vor?	<input type="checkbox"/> nein - Hinweis: Obliegenheiten beachten! <input type="checkbox"/> ja - vom: <input type="text"/>

# /// Allgemeine Risikoerfassung Betriebe – verkürzt / Seite 5/6

<p>7.4. Sind Sie Eigentümer von Öltanks oder anderer umweltgefährdender Anlagen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Wenn <b>ja</b>, Anschrift und Anlagenart</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7.5. Sind Sie Eigentümer (oder Pächter / Verpächter / Nutznießer) von unbebauten Grundstücken (auch land- und forstwirtschaftliche Flächen), bzw. tragen Sie die Gefahr?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Wenn <b>ja</b>, Anschrift und Eigentumsverhältnisse angeben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>8. Mobilien</b></p>	
<p>8.1. Sind Sie Eigentümer von Mobilien (Betriebseinrichtung und Vorräte), bzw. tragen Sie die Gefahr?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Wenn <b>ja</b>, Anschrift der Risikoorte und Art angeben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8.2. Sind betriebliche Kfz vorhanden</p>	<p><input type="checkbox"/> Pkw  <input type="checkbox"/> Lkw, Lieferwagen  <input type="checkbox"/> Anhänger  <input type="checkbox"/> Arbeitsmaschinen  <input type="checkbox"/> Stapler</p>
<p>8.3. Sind (gewerblich genutzte) Tiere vorhanden?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Wenn <b>ja</b>, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>9. Gesetzliche Sicherheitsvorschriften</b></p>	
<p>9.1. Wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsvorschriften (z.B. Unfallverhütungsvorschriften) eingehalten und die turnusmäßigen Revisionen (z.B. Prüfung elektrischer Anlagen) ohne Beanstandungen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Wenn <b>nein</b>, bitte erläutern:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>10. Kundenzufriedenheit und Allgemeines</b></p>	
<p>10.1. Wie zufrieden sind Sie mit unserer Betreuung? Können wir unsere Betreuung für Sie verbessern?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>10.2. Würden Sie unsere Dienstleistung weiterempfehlen?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>10.3. Liegt ein/e Maklervortrag / - vollmacht vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> heute erneuert.</p>

# /// Allgemeine Risikoerfassung Betriebe – verkürzt / Seite 6/6

10.4. In welchen Abständen sollen wir Ihnen eine erneute Durchsprache Ihrer Versicherungsangelegenheiten aktiv anbieten?	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> alle 2 Jahre <input type="checkbox"/> alle 3 Jahre <input type="checkbox"/> alle 5 Jahre <input type="text"/>
10.5. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> empfohlen von <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Internetrecherche <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
<b>11. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b>	<input type="text"/>
<b>12. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Diese Daten werden ggf. zur weiteren Verarbeitung (z.B. Angebotserstellung, Schadenbearbeitung etc.), wie in der "Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung" beschrieben, an Versicherer und Dienstleister weitergeleitet.</p>
_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	_____ Datum, Unterschrift des Kunden
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev. 012 vom 08.07.2020	