



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>2. Berufsangehörige als Angestellte oder freie Mitarbeiter</b>  |  | (Falls Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen!)  |  |
| Bitte geben Sie die Namen und jeweilige Qualifikation (WP, vBP, StB, RA) an; <b>falls weniger als 40 Stunden pro Woche tätig, bitte auch die Anzahl der Wochenstunden angeben.</b>   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| <b>3. sonstige Angestellte</b> (soweit nicht unter 2. bereits genannt)   |  |  |  |
| Anzahl der Vollzeitkräfte (über 20 Wochenstunden) :  |  | Anzahl der Teilzeitkräfte (bis 20 Wochenstunden)   |  |
| davon mit abgeschlossenem Hochschul- oder Fachhochschulstudium   |  | davon mit abgeschlossenem Hochschul- oder Fachhochschulstudium   |  |
| <b>4. Weitere Risikoinformationen:</b>   |  |  |  |
| Gesamtjahresnettohonorar der Kanzlei/Sozietät/Ges. (netto = ohne USt.)   |  | EUR  | Anzahl der Teilhaber (außer dem Interessenten) |
| davon Honorare aus der Vorbehalts-tätigkeit*) als vereidigter Buchprüfer /Wirtschaftsprüfer  |  | EUR  | Anzahl der Angestellten                        |
| Verwenden Sie Allgemeine Auftragsbedingungen?  |  | <input type="checkbox"/> ja, für WP/vBP _ für StB _ für RA <input type="checkbox"/> nein   |  |
| Qualitätssicherung :<br>Nehmen Sie an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen (z. B. der Berufskammern) teil? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden   |  |  |  |
| Versicherungsbeginn:   |  | _____ . _____ . 20 _____   |  |
| Welche Versicherungssumme wird gewünscht?  |  | Zahlweise: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ j. <input type="checkbox"/> ½ j. <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mit Lastschriftinzug |  |
| Sind aus der Tätigkeit des Interessenten in den letzten 5 Jahren Haftpflichtfälle vorgekommen oder schweben zur Zeit noch Schadenfälle?  |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende (Art/Ursache Schadenzeitpunkt, Anspruchs- /Schadenhöhe, Höhe der Entschädigung)                                  |  |
| Ihr bisheriger Versicherungsschutz besteht bei der _____ Versicherung nach Tarif: _____  |  |  |  |
| Versicherungsnummer: _____   |  | Dort versichert seit _____ . _____ . _____   |  |
| Versicherungssumme: _____  |  | Selbstbeteiligung: _____ EUR   |  |
| Wurde Ihnen von Ihrer Gesellschaft gekündigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wegen   |  |  |  |
| Ihre aktuelle Prämie dort beträgt: _____ EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ j. <input type="checkbox"/> ½ j. <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mit Lastschriftinzug <input type="checkbox"/> gegen Rechnung |  |  |  |

**Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots. Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!**