

## Angebotserfassungsbogen für ABVP Mitgliedsunternehmen (Kostenlos + unverbindlich)

<b>Empfänger:</b>  Mathias Jensch Versicherungsmakler GmbH & Co. KG Radeberger Straße 24 DE 01099 Dresden	<b>Per FAX an: 0351 / 8328815</b>
---	-----------------------------------

Dieser Fragebogen dient der Ermittlung betriebsbezogener Daten zur Erstellung eines Versicherungsangebotes. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet. Der Fragebogen muss von einer autorisierten Person des Unternehmens unterzeichnet werden.

<b>A. Allgemeine Angaben</b>	
<b>Name des Unternehmens:</b>	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Ansprechpartner:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
www.	
Weitere Betriebsstätten:	
<b>B. Klassifizierung</b>	
<b>1. Ambulanter Pflegedienst</b>	<b>Anzahl der Plätze / Betten / Wohnungen</b>
<input type="checkbox"/> mit Intensivpflege / Heimbeatmung	
<input type="checkbox"/> mit Tagespflege	
<input type="checkbox"/> mit Kurzzeitpflege	
<input type="checkbox"/> mit betreutem Wohnen	<input type="checkbox"/> Mieter / Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer
<input type="checkbox"/> mit Alten- und Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Mieter / Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer
<b>2. Zuletzt abgeschlossenes Geschäftsjahr:</b>	Jahr
<b>3. Pflegesatzeinnahmen</b>	
aus voll- und teilstationärer Pflege, Kurzzeit- und Tagespflege:	EUR
aus ambulanter Pflege:	EUR
<b>4. Sonstige Einnahmen</b> (sofern nicht unter Ziffer 3 enthalten)	
Vermietung + Verpachtung (z.B. Betreutes Wohnen und dgl.)	EUR
Cafeteria / Kiosk	EUR
Essen auf Rädern	EUR
Fahrdienste	EUR
Handwerkliche Dienste	EUR
Sonstiges	EUR
	<b>Summe:</b> EUR
<b>C. Personal</b>	
	<b>Anzahl der Personen</b>
Inhaber / Geschäftsführer	
Vollzeitkräfte (> 40 Stunden/Woche)	
Teilzeit- und Pauschalkräfte	
Auszubildende / Zivildienstleistende	
Aushilfskräfte	
Geringfügig Beschäftigte	
Ehrenamtliche Mitarbeiter	
Hausmeister	
Angestellte Ärzte	

D. Gewünschter Versicherungsumfang		
Modulbaustein	Angebot gewünscht:	Besonderheiten
1. Berufshaftpflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Deckungssumme: <input type="checkbox"/> 3 Mio. € <input type="checkbox"/> 5 Mio. € <input type="checkbox"/> 10 Mio. €
2. Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Inventar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neuwert: €
4. Ertragsausfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
5. Glasbruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
6. Elektronik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Medizintechnik <input type="checkbox"/> SB 125 € Neuwert: €
7. Gebäude	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Baujahr:            Modernisiert in:            Neuwert: €
8. Betriebsschließung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Gruppenunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neuwert: €
10. Vermögensschaden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Vertrauensschaden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12. D&O für Unternehmensleiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Kfz / Flotte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der Kfz:
14. Dienstreise-Kasko	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15. Betriebliche Krankenvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der MA:
16. Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der MA:
17. Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zusätzliche Angaben

E. Sonstige Notizen
<p><b>Wichtig!</b></p> <p>Für eine verbindliche Angebotsunterbreitung zur Kfz-Versicherung werden zwingend folgende Unterlagen benötigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fuhrpark-Übersicht (siehe Anlage) mit Angabe zum gewünschten Deckungsumfang</li> <li>2. Kopie der Fahrzeugscheine</li> <li>3. Schadenverlauf der letzten 3 Jahre mit Einzelschadenaufstellung (bestätigt vom Vorversicherer) – entfällt bei Neugründung</li> <li>4. Letzte Beitragsrechnung</li> </ol>

**Erklärung:** Der autorisierte Unterzeichner bestätigt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden.

Unterschrift / Firmenstempel	Ort, Datum
------------------------------	------------