

|                         |                        |                                                                                                                                        |
|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Risikofragebogen</b> | <b>Vermittler-Nr.:</b> | <br><small>BERATUNG FINANZEN VERSICHERUNGEN</small> |
| <b>Inhalt</b>           | <b>52420</b>           |                                                                                                                                        |

**Bitte zu diesem Risikofragebogen immer den Fragebogen „Kundenprofil“ hinzufügen!**

*Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind unverzichtbar für eine Angebotserstellung.  
Alle weiteren Fragen dienen zur besseren Risikoeinschätzung.*

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[ Versicherungssumme<br/>für die Betriebseinrichtung ]</b>                                                                                                                                                | <b>in Euro</b>                                                                                |
| [ Waren ]*                                                                                                                                                                                                   | €                                                                                             |
| [ Vorräte ]*                                                                                                                                                                                                 | €                                                                                             |
| [ Vorsorge ]*                                                                                                                                                                                                | €                                                                                             |
| [ Bargeldbestand oder sonstige Wertsachen ]*                                                                                                                                                                 | €                                                                                             |
| [ Gesamtversicherungssumme ]*                                                                                                                                                                                | €                                                                                             |
| <b>[ Versicherte Gefahren ]</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
| [ Feuer ]*                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                                     |
| [ Leitungswasser ]*                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                                     |
| [ Sturm/Hagel ]*                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                                     |
| [ Einbruchdiebstahl ]*                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                                     |
| [ Erweiterte Elementarschäden ]*                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                                     |
| [ Selbstbehalt ]*                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, welche Höhe?                       |
| <b>[ Gebäudebeschaffenheit ]</b>                                                                                                                                                                             |                                                                                               |
| [ Bauart ]*                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> massiv <input type="checkbox"/> andere Bauweise? Welche?<br>[      ] |
| [ Bedachung ]*                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich                                  |
| [ Sind die folgenden Einrichtungen vorhanden? ]                                                                                                                                                              |                                                                                               |
| [ Fußbodenheizung oder ähnliche wasserführende Strahlheizungen? ]                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                            |
| [ Klimapumpen? ]                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                            |
| [ Wärmepumpen? ]                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                            |
| [ Solarheizungsanlagen? ]                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                            |
| [ Sprinkleranlagen? ]                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                            |
| [ Befinden sich gefahrerhöhende Betriebe, wie z.B. Holz- und Kunststoffbetriebe, Lackierereien, Gaststätten, Weichdachgebäude usw. auf dem Vers.-Grundstück bzw. in der Nachbarschaft im Umkreis von 10 m? ] | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                            |

|                         |                        |                                                                                                                                        |
|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Risikofragebogen</b> | <b>Vermittler-Nr.:</b> | <br><small>BERATUNG FINANZEN VERSICHERUNGEN</small> |
| <b>Inhalt</b>           |                        |                                                                                                                                        |

|                                                                                                                               |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[ Objekt-/Sabotageschutz ]</b>                                                                                             |                                                                                        |
| [ Wird der Betrieb außerhalb der Betriebszeit bewacht?<br>(Außen-/ Innenbewachung, Kontrollgänge beschreiben) ]               | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                     |
| [ Wird das Betriebsgrundstück ständig bewohnt? ]                                                                              | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                     |
| <b>[ Betriebsunterbrechung (KBU) für die Gefahren ]</b>                                                                       |                                                                                        |
| [ Feuer ]*                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Leitungswasser ]*                                                                                                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Sturm/Hagel ]*                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Einbruchdiebstahl/Vandalismus ]*                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| <b>[ Höhere oder geringere Versicherungssumme bei abweichender Betriebsunterbrechungs-Summe ]*</b>                            | [      € ]                                                                             |
| [ Bruchteilversicherung ]                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 |
| [ Ist das Betriebsgrundstück eingefriedet? ]                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Wird eine Zugangskontrolle durchgeführt? ]                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Besteht ein Schutz der Fenster? ]                                                                                           | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                     |
| [ Besteht ein Schutz der Türen? ]                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                     |
| [ Sind Einbruchmeldeanlagen vorhanden?<br>(VdS-Anerkennung, Alarmübertragung und Überwachungsbereich(Lageplan) beschreiben) ] | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                     |
| <b>[ Sicherheitsstandard: Brandschutz ]</b>                                                                                   |                                                                                        |
| [ Sprinkler ]                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ CO 2 ]                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Schaum ]                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Pulver ]                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Argon ]                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Sonstige ]                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Sind stationäre Löschanlagen vorhanden? ]                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                     |
| [ Ist eine Brandmeldeanlage installiert?<br>(VdS-Anerkennung) ]                                                               | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Ist eine eigene Feuerwehr (Betriebs-/ Werkfeuerwehr) vorhanden? ]                                                           | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                              |
| [ Wie weit ist die nächste Feuerwehr entfernt? ]                                                                              |                                                                                        |
| [ Anrückzeit der Feuerwehr? ]                                                                                                 |                                                                                        |

|                         |                        |                                                                                                                                       |
|-------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Risikofragebogen</b> | <b>Vermittler-Nr.:</b> | <br><small>BERATUNG FINANZEN VERSICHERUNGEN</small> |
| <b>Inhalt</b>           |                        |                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| [ Sind Hilfs- und Nebenbetriebe (z.B. Lackierereien, Läger für brennbare Flüssigkeiten/Chemikalien/Kunststoffe/ Verpackungsmaterial, Malerwerkstatt, Schreinerei, Schweißbereich, Trockenräume) feuerbeständig abgetrennt oder mit Feuer-Löschanlagen (VdS) ausgerüstet? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja          |
| [ Ist der Schutzwert von Brandabschnitten gewährleistet? (keine offenen Wanddurchbrüche, Funktionsfähigkeit der Feuerschutztüren, keine Lagerung brennbarer Stoffe im Abstandsbereich) ]                                                                                 | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja          |
| [ Wird geltendes Rauchverbot eingehalten? (Zigarettenkippen) ]                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja          |
| [ Sind privat eingebrachte Haushaltsgeräte (z.B. Kaffeemaschinen, Kühlschränke) vorhanden? ]                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| [ Werden die elektrischen Anlagen regelmäßig geprüft (unabhängige Sachverständige)? ]                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja          |
| [ Sind noch behördliche Auflagen zu erfüllen? ]                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| [ Eindeckungstermin ]*                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |
| [ Zielprämie ]*                                                                                                                                                                                                                                                          | €                                                                  |
| [ Konkurrenzanbieter ]*                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| <b>[ Vorversicherung ]*</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja          |
| [ Gesellschaft ]*                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |
| [ Versicherungsscheinnummer ]*                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |
| [ Vertragsende ]*                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |
| [ Umdeckungstermin ]*                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |
| [ Jahresnettoprämie ]*                                                                                                                                                                                                                                                   | €                                                                  |
| [ Kündigung durch ]*                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> VN            |
| <b>[ Vorschäden der letzten 5 Jahre ]*</b>                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja          |
| [ Schadenjahr ]*                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| [ Schadenanzahl ]*                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |
| [ Schadenart ]*                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |
| [ Schadenhöhe ]*                                                                                                                                                                                                                                                         | €                                                                  |

**Für die Richtigkeit der Angaben:**

|                    |                  |                     |
|--------------------|------------------|---------------------|
| -----<br>Ort Datum | -----<br>Mandant | -----<br>Vermittler |
|--------------------|------------------|---------------------|