

## Gothaer UnternehmensKonzept Erfassungsbogen Erstgespräch

### Das Unternehmen

Name der Firma .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Fax .....

Homepage .....

E-Mail .....

### Ansprechpartner

Name .....

E-Mail .....

Telefon .....

### Ansprechpartner für Versicherungsfragen

Name .....

E-Mail .....

Telefon .....

### Rechtsform

#### Branche

Handel       Handwerk       Dienstleistung

Produktion       Freiberufler

.....

### Betriebsbeschreibung / Was macht Ihr Unternehmen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Mehrere Betriebsstätten / Anschriften?

Firma .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Firma .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

### Betriebsgebäude

gemietet       gepachtet       Eigentum

### Gebäudewert in Euro

.....

<b>Mitarbeiter</b>	Anzahl gesamt .....	Vollzeit .....
	Teilzeit .....	Minijob .....
	Anzahl kaufmännisch tätig (Innendienst und Außendienst) .....	
	Anzahl handwerklich/körperlich tätig .....	
	Anzahl Akademiker .....	
	Anzahl Führungskräfte .....	
<hr/>		
<b>Jahresnettoumsatz</b>	.....	
<b>Lohn- / Gehaltssumme</b>	.....	
<b>Durchschnittsgehalt</b>	.....	
<b>Wert Betriebseinrichtung</b>	.....	
<b>Waren / Vorräte</b>	.....	
<b>Fahrzeuge</b>	.....	
<b>Maschinen stationär</b>	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
<b>Maschinen fahrbar</b>	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
<b>Elektronik / Maschinen / Kommunikationsanlagen</b>	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
	.....	Wert .....
<hr/>		
<b>Bestehende Verträge</b>	Absicherung Unternehmen .....	
	.....	
	.....	
	.....	
	Versicherer .....	
	.....	
	Absicherung Mitarbeiter .....	
	Versicherer .....	
	Besteht ein Tarifvertrag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<hr/>		
<b>Weitere Sozialleistungen des Arbeitgebers?</b>	<input type="checkbox"/> Sachbezug Höhe: .....	
	<input type="checkbox"/> VWL Höhe: .....	
<hr/>		
<b>Besteht eine betriebliche Altersversorgung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Zuschuss .....	
<hr/>		
<b>Besteht eine betriebliche Krankenversicherung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Zahn <input type="checkbox"/> Budget	
<hr/>		
<b>Besteht eine Gruppenunfallversicherung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

