

## Antrag Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Treuhänder aller Art und Wirtschaftsprüfer

(Rechtsträger: Liberty Mutual Insurance Europe Ltd., Zweigniederlassung Zürich)

### Versicherungsnehmer/in:

Firma/Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsgebiete: \_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ davon Inhaber, Partner, Geschäftsführer oder sonstige Teilhaber

---

### Allgemeine Angaben:

Geplante Honorarsumme total im laufenden Antragsjahr: CHF \_\_\_\_\_

Honorarsumme total im Vorjahr: CHF \_\_\_\_\_

Sind Tochtergesellschaften vorhanden?  Ja  Nein

Falls **ja**, bitte um Angabe von Name der Tochtergesellschaft, Ort/Land und Beteiligung (in %)

\_\_\_\_\_

---

### Gewünschte Versicherungsdeckung:

Versicherungssumme:  CHF 500'000  CHF 1 Mio  
 CHF 2 Mio  CHF 3 Mio

Selbstbehalt: CHF 5'000

Jahresprämie inkl. 5 % Stempelabgabe: CHF \_\_\_\_\_

---

Beginn der Versicherung: \_\_\_\_\_ (Monatsanfang, rückwirkend nicht möglich)

---

## Antragsfragen

1. Hat der Antragssteller eine externe Revisionsstelle?  Ja  Nein

Falls **ja**, bitte beantworten Sie die Frage 2

2. Sind in den letzten 12 Monaten in den Revisionsberichten Vorbehalte gemacht worden?  Ja  Nein

Falls **ja**, bitte beschreiben Sie die Vorbehalte:

---

3. Wurde irgendein Antrag für eine Berufshaftpflicht-Versicherung im Namen der Firma von einer anderen Versicherungsgesellschaft abgelehnt?  Ja  Nein

Falls **ja**, geben Sie bitte die Gründe an:

---

4. Sind in den letzten 5 Jahren Schadenfälle im Bereich der Berufshaftpflicht-Versicherung eingetreten?  Ja  Nein

Falls **ja**, machen Sie bitte die nachfolgenden Angaben pro Schadenfall:

| Schadenursache | Schadendatum | Betrag |
|----------------|--------------|--------|
|                |              |        |

5. Hat der Antragsteller Kenntnis von Umständen oder Ereignissen, welche zu einem Schadenanspruch unter der beantragten Versicherung führen könnten?  Ja  Nein

Falls **ja**, machen Sie bitte detaillierte Angaben:

---

---

## Einwilligung

Die für die Abwicklung des Vertrags notwendigen Daten werden vom Versicherer Liberty Mutual Insurance Europe Ltd. und dem SKV vertraulich behandelt. Der/die Antragssteller/in ermächtigt die Liberty Mutual Insurance Europe Ltd. dem SKV die Schadens- und Vertragskorrespondenz direkt zuzustellen.

Der Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen und Gefahrentatsachen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und die massgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und allfällige zusätzliche Versicherungsbedingungen erhalten zu haben.

Er verpflichtet sich, alle wesentlichen Änderungen, die sich vor dem Abschluss der Versicherung ergeben, mitzuteilen. Bei Annahme wird dieser Antrag zu einem Bestandteil der Police.

Der Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen und Gefahrentatsachen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer/in:

---

---

Berater/Kontaktperson: \_\_\_\_\_

---

Dieses Formular ist an den **Schweizerischen Kaderverband, Zentralsekretariat, Florastrasse 4, 9000 St. Gallen**, zu senden oder per E-Mail an [info@kaderverband.ch](mailto:info@kaderverband.ch).

Weitere Informationen unter [www.kaderverband.ch](http://www.kaderverband.ch)