

Antrag Betriebs- und Produktehaftpflicht-Versicherung

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

Versicherungsnehmer/in:

Firma/Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Tochtergesellschaften:
(falls vorhanden) _____

Allgemeine Angaben:

Anzahl Betten: _____

Tätigkeitsbeschreibung: _____

Versicherungsdeckung:

Versicherungssumme: CHF 10 Mio

Selbstbehalt: CHF 1'000

Jahresprämie inkl. 5 % Stempelabgabe: CHF _____

Beginn der Versicherung: _____ (Monatsanfang, rückwirkend nicht möglich)

Antragsfragen

1. Hat Ihnen eine Versicherungsgesellschaft für die Betriebs-/Produktehaftpflicht-Versicherung einen Antrag abgelehnt, einen Vertrag gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen auferlegt? Ja Nein

Falls **ja**, bei welchem Versicherer?

Wann und Grund?

2. Sind in den letzten 5 Jahre Schadenfälle im Bereich der Betriebs-/Produktehaftpflicht-Versicherung eingetreten? Ja Nein

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

Schadenursache	Schadendatum (*)	Datum der Schadenfeststellung	Ort	Betrag

(*) Bei Serienschäden geben Sie bitte das Datum des ersten Schadens an.

3. 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.

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch