

Antrag Berufshaftpflichtversicherung für Konsumkreditvermittler

(Rechtsträger: Liberty Mutual Insurance Europe SE, Zweigniederlassung Zürich)

Versicherungsnehmer/in:

Firma/Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Anzahl Mitarbeiter: _____

Gewünschte Versicherungsdeckung:

Versicherungssumme: CHF 10'000.-

Selbstbehalt: CHF 1'000.-

Jahresprämie inkl. 5 % Stempelabgabe: CHF 840.-**Beginn der Versicherung:** _____ (Monatsanfang, rückwirkend nicht möglich)**Antragsfragen:**

1. Wurde irgendein Antrag für eine Berufshaftpflicht-Versicherung des Antragstellers von einer anderen Versicherungsgesellschaft abgelehnt oder gekündigt? ☐ Ja ☐ Nein

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

2. 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

3. Sind dem Antragsteller, nach interner Rückfrage, irgendwelche Beschwerden von Kunden bekannt (entweder vom Kunden selbst erhoben oder von einer Aufsichtsbehörde im Namen der Kunden)? ☐ Ja ☐ Nein

Falls **ja**, bitte machen Sie detaillierte Angaben auf einem separaten Blatt

4. Wurden in den letzten 5 Jahren ein Berufshaftpflicht-Anspruch gegen den Antragsteller erhoben? ☐ Ja ☐ Nein

Falls **ja**, bitte machen Sie detaillierte Angaben auf einem separaten Blatt

Einwilligung

Die für die Abwicklung des Vertrags notwendigen Daten werden vom Versicherer Liberty Mutual Insurance Europe SE und dem SKV vertraulich behandelt. Der/die Antragssteller/in ermächtigt die Liberty Mutual Insurance Europe SE 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**