Schweizerischer Kaderverband

Erneuerungsantrag Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Rechtsanwälte

(Rechtsträger: Liberty Mutual Insurance Europe SE, 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 %)

_____

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. 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 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:**

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**