

Antrag Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung IT (Rechtsträger: Liberty Mutual Insurance Europe SE, Zweigniederlassung Zürich)

ve	ersicnerungsnenmer/in:								
Fir	ma/Name/Vorname:							_	
Stı	rasse:							_	
PL	.Z/Ort:							_	
Те	elefon:							_	
E-l	Mail:							_	
Τä	tigkeitsbeschrieb:							_	
An	nzahl Mitarbeiter:								
ΑI	lgemeine Angaben:								
In	welchem Bereich (Brancher	n) sind die hau _l	otsäo	chlichen Kund	len tätig?				
Un	nsatz im letzen Geschäftsjal	nr (in CHF)							
Ge	ewünschte Versicherungso	deckung:							
Versicherungssumme:				CHF 500'00 CHF 3 Mio	0 📮	CHF 1 Mio CHF 5 Mio	☐ CHF 2	? Mio	
Selbstbehalt:			СН	IF 5'000					
Jahresprämie inkl. 5 % Stempelabgabe:				IF					
Be	eginn der Versicherung:				(1	Monatsanfang, rüc	ckwirkend r	nicht mög	lich)
Αı	ntragsfragen								
 Bestehen oder bestand in den letzten 2 Jahren eine Berufshaftpflicht-Versicherung? 									☐ Nein
	Falls ja								
	Zeitdauer	Versicherer			Limite		Selbstbe	ehalt	
2.	Wurde irgendein Antrag für eine Berufshaftpflicht-Versicherung im Namen der Firma von einer anderen Versicherungsgesellschaft abgelehnt?							□ Ja	□ Nein
	Falls ja, Grund ?								

3.	Sind in den letzten 2 Jahren Schadenfälle im Bereich der Berufshaftpflicht- Versicherung eingetreten?											
	Falls ja , machen Sie bitte die nachfolgenden Angaben pro Schadenfall:											
	Schadenursache	Schadendatum (*)	Datum der Schaden- feststellung	Ort	Betrag							
	(*) Bei Serienschäden geben Sie bitte das Datum des ersten Schadens an.											
4.	Hat der Antragsteller Kenntnis von Umständen oder Ereignissen, welche zu einem Schadenanspruch unter der beantragten Versicherung führen könnten?											
	Falls ja , machen Sie bitte detaillierte Angaben:											
5.	5. Wie werden die Produkte hergestellt bzw. getestet (Qualitätssicherung z.B. ISO 9000/9001)?											
6.	. Wie werden die Produkte gegen Viren geschützt?											
7.	Gibt es ein schriftliches	Ja □ Nein										
8.	Erstellen Sie individuell	□ Ja □ Nein										
	Falls ja , welche?											
Ein	willigung											
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.												
Or	Ort und Datum: Unterschrift Versicherungsnehmer/in:											
_												
Be	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