

**Erneuerungsantrag Organhaftpflicht (D&O) – Versicherung für KMU, Stiftungen,  
Vereine oder öffentlich-rechtliche Körperschaften**  
(Rechtsträger: Liberty Mutual Insurance Europe SE, Zweigniederlassung Zürich)

**Versicherungsnehmer/in:**

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

Branche: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Tochtergesellschaften:  
(falls vorhanden) \_\_\_\_\_

---

**Allgemeine Angaben:**

Der Jahresumsatz der Gesellschaft inkl. CH Tochtergesellschaften betrug im letzten abgeschlossenen Geschäftsjahr in CHF:

bis 5 Mio       5 – 25 Mio       25 bis 50 Mio       50 bis 100 Mio

über 100 Mio bitte den SKV anfragen

---

**Antragsfragen**

Die folgenden Angaben beziehen sich auf das letzte abgeschlossene Geschäftsjahr.

2. Hat die Gesellschaft inkl. CH Tochtergesellschaften einen Gewinn nach Steuern erzielt?  Ja  Nein
3. War die Eigenfinanzierung (Anteil des Eigenkapitals an Bilanzsumme) grösser als 25 %?  Ja  Nein
4. War die Liquidität 3. Grades (Umlaufvermögen dividiert durch Fremdkapital bis zu 1 Jahr) grösser als 1?  Ja  Nein

Wenn eine der **Fragen 3 bis 5 mit „Nein“** beantwortet wurde, fügen Sie bitte die letzte geprüfte Jahresrechnung bei.

---

### 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](mailto:info@kaderverband.ch).

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