|  |
| --- |
| **Liberty Mutual Insurance Europe Ltd.** |
| Zweigniederlassung Zürich |  |  |
| Lintheschergasse 19 |  |  |
| CH-8001 Zürich |  |  |
| Tel.: +41 (0)44 285 10 00 |  |
| Fax: +41 (0)44 285 10 09 |  |
| [www.libertyspecialtymarkets.com](http://www.libertyspecialtymarkets.com) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fragebogen für eine Berufshaftpflichtversicherung für verschiedene Berufe** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und lassen Sie keine leeren Stellen. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Antragssteller** |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.1** | **Name und Adresse des Antragstellers:** |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.2** | **Adresse der Website:** |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.3** | **Gründungsdatum:** |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.4** | **Tätigkeit / Betriebsbeschreibung:** |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.5** | **Tochtergesellschaften:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Name der Tochtergesellschaft**  | **Ort / Land** | **Beteiligung (in %)** |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Allgemeine Angaben** |   |   |
| **2.1** | **Geplante Einnahmen (Courtagen, Provisionen Honorare etc.) total in CHF:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Im laufenden Antragsjahr:** | **Im Vorjahr:** |
|  | Schweiz / Liechtenstein |       |       |
|  | Rest von Europa |       |       |
|  | UK / Irland |       |       |
|  | USA / Kanada |       |       |
|  | Australien / Neuseeland |       |       |
|  | Asien |       |       |
|  | Rest der Welt |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.2** | **Mitarbeitende**  |  |  |   |   |
|  | Davon: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Vollzeit** | **Teilzeit** | **Temporär** | **Total** |
|  | Schweiz / Liechtenstein |       |       |       |       |
|  | Rest von Europa |       |       |       |       |
|  | Grossbritannien / Irland |       |       |       |       |
|  | USA / Kanada |       |       |       |       |
|  | Australien / Neuseeland |       |       |       |       |
|  | Asien |       |       |       |       |
|  | Rest der Welt |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.3** | **Einnahmen aufgeteilt nach Tätigkeitsgebiet (in %):** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tätigkeitsfelder / Dienstleistungen** | **in %** |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.4** | **Werden diese Tätigkeiten seit mindestens 3 Jahren ausgeübt?** | Ja | [ ]  | Nein | [ ]  |
|  | Falls nein, seit wann werden die Tätigkeiten ausgeübt? |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.5** | **Einnahmen aufgeteilt nach Kundensegment (in %):** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kundensegment** | **in %** |  |
|  | Firmenkunden |       |  |
|  | Privatkunden |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.6** | **Inhaber / Partner / Geschäftsführer / sonstige Teilhaber:**  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Name / Vorname** | **Qualifikation** | **Funktion** | **Wie lange in dieser Funktion?** |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.7** | **Mitarbeitende:** | **Total aller Mitarbeitenden exkl. der oben erwähnten Inhaber /** |  |  |
|  |  | **Partner / Geschäftsführer, etc.:** |       |
|  |
| **2.8** | **Qualifikation der Mitarbeiter exkl. der oben erwähnten Inhaber / Partner / Geschäftsführer, etc.:** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Anzahl** |  |  |
|  | **mit Diplom (z.B. ETH-, Universitätsabschluss oder Höhere Fachhochschule)** |       |  |  |
|  | **ohne Diplom** |       |  |  |
|  | **Administration (z.B. Sekretariat)** |       |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.9** | **Hat in den letzten 5 Jahren der Name der Firma geändert oder hat in dieser Zeit**  |  |  |
|  | **eine Fusion oder Übernahme stattgefunden?** | Ja | [ ]  Nein | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Falls ja, bitte machen Sie detaillierte Angaben? |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Revision und Risk Management** |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.1** | **Hat der Antragssteller eine externe Revisionsstelle?** Ja | [ ]  | Nein | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Falls ja, bitte beantworten Sie Frage 3.2, sonst weiter mit 3.3  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.2** | **Sind in den letzten 2 Jahren in den Revisionsberichten**  |  |  |  |
|  | **Vorbehalte gemacht worden?** | Ja |  [ ]  Nein | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Falls ja, bitte beschreiben Sie diese Vorbehalte: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.3** | **Welche Massnahmen wurden getroffen, um Ihr Haftungsrisiko zu mindern?** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Machen Sie bitte Angaben zu Ihrem Risk Management, interne Richtlinien / Compliance |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Zu versichernde Drittmandate**  |   |   |   |
|  | **Wünscht der Antragssteller, dass Mandate in Drittgesellschaften versichert werden?** Ja  | [ ]  | Nein | [ ]  |
|  | Falls ja, bitte beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Fragen.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Name der Person** | **Name der Gesellschaft** | **Sitz der Gesellschaft** | **GL Funktion Ja / Nein** | **Börsen-kotiert** **Ja / Nein** | **Domizil-Gesellschaft Ja / Nein** | **Handel****Herstellung****Dienstleist.** | **Trusts****Stiftungen****Ja / Nein** |
|  |       |       |       |       |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |       |       |       |       |
|  | Für alle weiteren Mandate benützen Sie bitte ein separates Blatt.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Versicherungsdeckung und Schäden** |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.1** | **Bitte geben Sie Einzelheiten betreffend früherer Berufshaftpflicht-Versicherungen der letzten 2 Jahre an:**  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Zeitdauer** | **Versicherer** | **Limite** | **Selbstbehalt** | **Prämie** |
|  |       |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.2** | **Wurde irgendein Antrag für eine Berufsaftpflicht-Versicherung im Namen der Firma von**  |  |
|  | **einer anderen Versicherungsgesellschaft abgelehnt?** | Ja | [ ]  Nein | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Falls ja, geben Sie bitte die Gründe an: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.3** | **Wurde dem Antragsteller je ein Vertrag gekündigt oder die Verlängerung verweigert?** |  |
|  |  | Ja | [ ]  Nein | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Falls ja, geben Sie bitte die Gründe an: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.4** | **Gewünschte Versicherung:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Versicherungssumme CHF** |       pro Anspruch und Versicherungsperiode |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Selbstbehalt CHF** |       pro Anspruch |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Versicherungsbeginn**  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.5** | **Wo sieht sich der Antragssteller der Gefahr von Ansprüchen gegen ihn ausgesetzt?** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.6** | **Sind in den letzten 5 Jahre Schadenfälle im Bereich der**  |  |  |  |
|  | **Berufshaftpflichtversicherung eingetreten?** | Ja | [ ]  Nein | [ ]  |
|  | Falls ja, machen Sie bitte die nachfolgenden Angaben pro Schadenfall: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Schadenursache** | **Schadendatum (\*)** | **Betrag** |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (\*) Bei Serienschäden geben Sie bitte das Datum des ersten Schadens an.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.7** | **Hat der Antragstellen Kenntnis von Umständen oder Ereignissen, welche zu**  |  |  |  |
|  | **einem Schadenanspruch unter der beantragten Versicherung führen könnten?** | Ja | [ ]  Nein | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Falls ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben:  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | **Bestätigung** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Dieser Fragebogen ist durch ein Mitglied der Geschäftsleitung oder des Verwaltungsrates zu unterzeichnen.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Der Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen und Gefahrentatsachen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben.****Er verpflichtet sich, alle wesentlichen Änderungen, die sich vor dem Abschluss der Versicherung ergeben, mitzuteilen.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Die Unterschrift verpflichtet nicht zum Abschluss einer Versicherung. Es ist jedoch vereinbart, dass bei einem Abschluss dieser Antrag zu einem Bestandteil der Police wird.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Der Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen und Gefahrentatsachen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Ort und Datum:** |  |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Name der Gesellschaft:** |  |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Name der Unterzeichnenden:** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Unterschriften:**  |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** | **Beilagen** |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Bitte fügen Sie diesem Fragebogen die folgenden Dokumente bei:**  |
| **1)** | **Letzter Jahresbericht und Geschäftsabschluss.** |
| **2)** | **Kopien von Musterverträgen oder Dienstleistungsvereinbarungen.** |
| **3)** | **Businessplan bei Start-ups.**  |
| **4)** | **Lebensläufe der Inhaber / Partner / Geschäftsführer / sonstige Teilhaber.**  |
| **5)** | **Prospekt / Informationsschrift / Broschüre.** |
|  |  |
| Die Versicherung wird gezeichnet von Liberty Specialty Markets Europe S.à r.l. (LSME), in Vertretung von Liberty Mutual Insurance Europe Limited (LMIE), handelnd als Liberty Specialty Markets, eine Gesellschaft der Liberty Mutual Insurance Group. LSME ist eine Gesellschaft nach luxemburgischem Recht, registriert mit der Nummer B216199 in 32-36 boulevard d’Avranches, L-1160 Luxembourg, beaufsichtigt von der Commissariat aux Assurances und lizenziert als Versicherungs- und Rückversicherungsagent durch den Finanzminister von Luxemburg.LMIE ist in England (Nummer 1088268) in 20 Fenchurch Street, London, EC3M 3AW eingetragen. LMIE ist von der Prudential Regulation Authority zugelassen und wird von der Financial Conduct Authority und der Prudential Regulation Authority (PRA / FCA Nummer 202205) reguliert. Tel .: +44 20 3758 0000. |
| **DATENSCHUTZERKLÄRUNG****Wie Liberty Specialty Markets Ihre Personendaten verwendet** Liberty Specialty Markets nimmt den Schutz Ihrer Personendaten ernst und verpflichtet sich, Ihre Privatsphäre zu schützen. Innerhalb unserer Gruppe gibt es verschiedene Gesellschaften. Diejenige Gesellschaft der Liberty Specialty Markets Gruppe, mit der Sie Ihre Versicherungspolice abschliessen, ist Inhaber der Datensammlung ("Verantwortlicher") für die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten. Wenn Sie unsicher sind, können Sie uns auch jederzeit per E-Mail an dataprotectionofficer@libertyglobalgroup.com oder per Post an Data Protection Officer, Liberty Specialty Markets, 20 Fenchurch Street, London EC3M 3AW, UK, kontaktieren. Damit wir unsere Versicherungsdienstleistungen erbringen, mögliche Ansprüche oder Beschwerden bearbeiten sowie Betrug verhindern und aufdecken können, müssen wir personenbezogene Daten erfassen und verarbeiten. Die Art der Personendaten, die wir sammeln, hängt von unserer Beziehung zu Ihnen, zum Beispiel als Versicherungsnehmer, anspruchsberechtigter Dritter oder Zeuge eines Vorfalls, ab. Ihre Personendaten werden auch für Geschäfts- und Managementaktivitäten sowie für Finanzmanagement und -analyse verwendet. Dies kann die Weitergabe Ihrer Personendaten an andere Gesellschaften unserer Gruppe sowie Dritte, wie Makler, Kreditauskunfteien, Schadenregulierer und Sachbearbeiter, professionelle Berater, unsere Aufsichtsbehörden oder Betrugsbekämpfungsstellen umfassen. Wir sammeln auch Personendaten über unsere Lieferanten und Geschäftspartner (z.B. Makler) im Rahmen der Geschäftsführung und Entwicklung von Geschäftsbeziehungen.Weitere Informationen darüber, wie Ihre Personendaten verarbeitet werden und welche Rechte Sie haben, finden Sie in den Datenschutzhinweisen, die unter folgender Adresse abrufbar sind: [www.libertyspecialtymarkets.com/privacy-cookies](http://www.libertyspecialtymarkets.com/privacy-cookies). Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie die Datenschutzhinweise in Papierform erhalten möchten.  |