

Erneuerungs Fragebogen für eine Berufshaftpflicht-Versicherung

Renewal-Proposal form for Professional Indemnity Insurance

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig. Verneinung einer Frage ist mit «nein» oder «keine» anzugeben. Sollte der Platz auf dem vorliegenden Formular nicht ausreichen, verwenden Sie bitte separate Blätter, die zu visieren sind und als Teil des Fragebogens gelten.

Die gestellten Fragen beziehen sich auf alle zu versichernden juristischen und natürlichen Personen.

*Please answer all questions completely. Negative answers are to be specified with „N/A“ or „none“.
Should the space not be sufficient, please use a separate piece of paper, which you need to sign and which will become part of this proposal.*

The questions pertain to all insured persons and entities.

1. ALLGEMEINE FRAGEN ZUM ANTRAGSTELLER / GENERAL QUESTIONS TO THE PROPOSER

Name und Adresse des Antragstellers

Name of proposer and principal address

Telefonnummer

Telephone number

E-Mail

Webseite

Website

Erneuerung per

Renewal as per

Wünschen Sie eine Veränderung von Versicherungssumme und/oder Selbstbehalt?

Changes in limits and deductible required?

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Wenn ja, bitte ausführen

If yes, please specify

2. ALLGEMEINE RISIKOFAKTOREN / GENERAL INFORMATION

Sind Änderungen in den versicherten Tätigkeiten durchgeführt worden oder in Planung?

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Any changes in the insured activities?

Wenn ja, bitte ausführen

If yes, please specify

Anzahl Partners

Number of Directors

Anzahl Mitarbeiter mit Eigenverantwortung

Number of employees with individual responsibility

Anzahl übrige Mitarbeiter

Number of clericals employees

Bitte legen Sie für die Partner / Geschäftsführer einen Lebenslauf bei, sofern dieser nicht auf der Homepage ersichtlich ist.

Please attach a CV for the partners / directors, if it is not available on the website.

Total Honorareinkommen / Fee income

Im laufenden Jahr

Current year

Im Vorjahr

Previous year

3. MANDATE IN DRITTUNTERNEHMEN / OUTSIDE DIRECTORSHIPS

Sind Mandate (Verwaltungsrat, Geschäftsleitung) von versicherten Personen in Drittunternehmen zu versichern?

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Are ODLs to be covered?

Wenn ja, bitte geben Sie die Anzahl von / If yes, please indicate the number of

Mandate in aktiven Drittunternehmen

Active mandates

Mandate in Finanzinstituten oder kotierten Drittunternehmen

Active mandates in FI / listed companies

Mandate mit Sitz in den USA/Kanada

Active mandates in USA/Canada

Mandate in passiven Drittunternehmen

Passive mandates

Mandate in passiven Drittunternehmen mit Sitz in
USA/Kanada

Passive mandates in USA/Canada

6. SCHLUSSBEMERKUNGEN UND UNTERZEICHNUNG / FINAL REMARKS AND SIGNATURE

Dieser Fragebogen ist durch ein Mitglied der Geschäftsleitung oder des Verwaltungsrates zu unterzeichnen. Der Unterzeichnende 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 Fragebogen und alle zusätzlichen Informationen zu einem Bestandteil der Police werden.

This questionnaire must be signed by a member of the executive or governing board.

The undersigned confirms that all questions and facts relating to risks have been answered truthfully. He undertakes to notify the insurer of all material changes that occur prior to the issuance of a policy.

The signing of this document shall not place any obligation on the insurer to issue a policy. It is, however, agreed that upon issuing a policy, this application shall become a constituent part thereof.

Ort, Datum

Place, Date

Name der Unterzeichnenden und Funktion

Name of the undersigned persons and function

Unterschrift oben erwähnter Personen

Signature of the above mentioned persons