



więcej / niż standard

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA ZGODNIE Z OFERTĄ UBEZPIECZENIA PODMIOTÓW UPRAWNIONYCH DO BADANIA SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH, KTÓRE UDZIELIŁY KONSORCJUM KONRAD ALABRUDZIŃSKI BROKERZY UBEZPIECZENIOWI I REASEKURACYJNI ORAZ FINCON SP. Z O.O. UPOWAŻNIENIA DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI POLEGAJĄCYCH ZAWIERANIU LUB DOPROWADZANIU DO ZAWARCIA W ICH IMIENIU UMÓW UBEZPIECZENIA Z DNIA 18 STYCZNIA 2012

1. Ubezpieczający/ Ubezpieczony:

.....
(nazwa lub imię i nazwisko)

2. Adres Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, nr telefonu, fax-u , adres e-mail:

.....
.....

3. REGON PESEL
NIP

4. Numer oraz data wpisu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na listę podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych:

5. Data rozpoczęcia działalności:.....

6. Jeżeli Ubezpieczony posiadał dotychczas ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych, prosimy podać:

Nazwę ubezpieczyciela:

Nazwę brokera lub agenta:

Okres ubezpieczenia ostatniej polisy:.....

Sumę gwarancyjną:

Składkę:.....

7. Data rozpoczęcia i zakończenia roku obrotowego:

8. Okres ubezpieczenia: 12 miesięcy od dnia:.....

UBEZPIECZENIE OBOWIĄZKOWE

9. Prosimy zaznaczyć jaką działalność chcą Państwo ubezpieczyć. **Ubezpieczyć należy czynności rewizji finansowej oraz każdą z działalności, która będzie wykonywana okresie ubezpieczenia.**

L.p.	Rodzaj działalności:	Suma gwarancyjna:	Przychód z działalności za ostatni zamknięty rok obrotowy:
1.	czynności rewizji finansowej	400 000 euro	
2.	usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych i podatkowych <input type="checkbox"/>	10 000 euro	
3.	doradztwo podatkowe <input type="checkbox"/>	10 000 euro	
4.	prowadzenie postępowania upadłościowego bądź likwidacyjnego <input type="checkbox"/>	10 000 euro	
5.	działalność wydawnicza lub szkoleniowa w zakresie rachunkowości, rewizji podatkowej i finansów <input type="checkbox"/>	2 000 euro	
6.	wykonywanie ekspertyz lub opinii ekonomiczno - finansowych <input type="checkbox"/>	10 000 euro	
7.	świadczenie usług atestacyjnych, doradztwa lub zarządzania, wymagających posiadania wiedzy z dziedziny rachunkowości lub rewizji finansowej <input type="checkbox"/>	10 000 euro	
8.	świadczenie usług przewidzianych standardami rewizji finansowej, a także innych usług zastrzeżonych w odrębnych przepisach do wykonywania przez biegłych rewidentów <input type="checkbox"/>	10 000 euro	
		Przychód łączny:	

10. Czy wymagają Państwo podwyższenia sumy gwarancyjnej ubezpieczenia obowiązkowego dla czynności rewizji finansowej:

TAK: , prosimy podać wysokość wymaganej sumy gwarancyjnej w euro:

NIE: , wystarczy nam suma gwarancyjna w wysokości 400 000 euro

11. Jeżeli w okresie ostatnich 3 lat były wypłacane, przez jakikolwiek zakład ubezpieczeń odszkodowania lub inne świadczenia z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych prosimy o podanie informacji o ilości i wysokości wypłaconych odszkodowań i świadczeń oraz dat wypłaty.

12. Czy w okresie ubezpieczenia określonym w p. 9, będą wykonywane czynności rewizji finansowej:

TAK: (normalna kalkulacja składki za ubezpieczenie czynności rewizyjnych)

NIE: (składka minimalna)

13. Czy w okresie ubezpieczenia określonym w p. 9 będzie wykonywana działalność polegająca na sporządzaniu, w imieniu i na rzecz podatników, zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielania im pomocy w tym zakresie?

TAK: (konieczność ubezpieczenia doradztwa podatkowego, ponieważ działalność ta jest czynnością doradztwa podatkowego, zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z 5 lipca 1996r. o doradztwie podatkowym)

NIE:

←

UBEZPIECZENIE DODATKOWE (DOBROWOLNE, NADWYŻKOWE)

14. Ubezpieczenie dodatkowe obejmuje działalności określone w art. 48 ust. 2 ustawy o biegłych rewidentach (działalności nr 2-8, w tabeli w punkcie 9 wniosku). Wszystkie wykonywane przez Państwa działalności, poza czynnościami rewizyjnymi, mogą zostać objęte dodatkowym ubezpieczeniem, w ramach nadwyżkowej, wspólnej sumy gwarancyjnej, ponad sumy ubezpieczenia obowiązkowego.

15.

15. Czy chcą Państwo zawrzeć umowę ubezpieczenia dodatkowego:

TAK: , prosimy podać wysokość wymaganej sumy gwarancyjnej w PLN:

NIE: , nie, nie chcemy zawrzeć umowy ubezpieczenia dodatkowego.

UBEZPIECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE (DOBROWOLNE)

16. Ubezpieczenie uzupełniające (dobrowolne) obejmuje ochroną działalność, polegającą na:

1) obliczaniu wynagrodzeń za pracę, w tym premii, dodatków i innych świadczeń związanych ze stosunkiem pracy,
2) obliczaniu składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz przekazywanie w tym zakresie niezbędnych dokumentów ,

3) prowadzeniu dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy i kontrola przestrzegania terminów w tym zakresie,

4) obliczaniu miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych oraz składaniu wniosków o wypłatę tego dofinansowania oraz innych niezbędnych dokumentów w tym zakresie oraz składaniu wniosków o zwrot kosztów (w oparciu o stosowne przepisy ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych),

5) obliczaniu kwot zajętych przez komornika wynagrodzeń i prowadzeniu korespondencji z organami egzekucyjnymi.

17. Czy chcą Państwo zawrzeć umowę ubezpieczenia uzupełniającego:

TAK: , prosimy podać wysokość wymaganej sumy gwarancyjnej w PLN:

NIE: , nie, nie chcemy zawrzeć umowy ubezpieczenia uzupełniającego.

18. Prosimy podać sposób wpłaty składki:

jednorazowo

w II ratach

w IV ratach

19. Oświadczenie

Oświadczam, że podane powyżej dane i informacje są prawdziwe oraz, że nie zostały zniekształcone ani pominięte jakiegokolwiek istotne fakty.

20. Niniejszym upoważniam konsorcjum brokerów ubezpieczeniowych:

Fincon Sp. z o. o., z siedzibą w Tychach, ul. Barona 30, 43-100 Tychy oraz Konrad Alabrudziński Brokerzy Ubezpieczeniowi i Reasekuracyjni z siedzibą w Warszawie, ul. Gagarina 9/35, 00-753 Warszawa do wykonywania w moim imieniu czynności polegających na zawieraniu lub doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia.

Data:

Miejscowość:

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego: