

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ FIRMY AUDYTORSKIEJ

1. Ubezpieczony i Ubezpieczający:					
1.1. Nazwa firmy audytorskiej:					
Regon: _____					
NIP: _____					
1.2. Adres, siedziba, telefon, e-mail:					
Adres: _____					
(kod pocztowy)		(miasto)		(ulica)	
(numer)					
Siedziba: _____					
Tel: _____ e-mail: _____					
1.3. Numer oraz data wpisu Ubezpieczonego na listę firm audytorskich					
2. Roszczenia					
2.1. Czy w ciągu ostatnich 3 lat jakkolwiek Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowania z tytułu zawartych z Ubezpieczonym/Ubezpieczającym umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej firm audytorskich? Jeżeli tak prosimy podać szczegóły.					
2.2. Czy wobec Ubezpieczonego lub jego Ubezpieczyciela zostało zgłoszone jakiegokolwiek roszczenia odszkodowawcze przez osobę trzecią związane z jego działalnością zawodową i z tego tytułu zostało wszczęte postępowanie likwidacyjne, które w chwili składania niniejszego wniosku nie zostało jeszcze zakończone decyzją ubezpieczyciela? Jeżeli tak prosimy podać szczegóły.					
2.3. Czy Ubezpieczonemu znane są jakiegokolwiek okoliczności, które mogą spowodować zgłoszenie roszczeń odszkodowawczych w związku z jego działalnością zawodową? Jeżeli tak prosimy podać szczegóły.					
3. Okres ubezpieczenia					
Wnioskowany okres ubezpieczenia. Podana data nie powinna być wcześniejsza niż data złożenia wniosku.					
Od			Do		
dzień	miesiąc	rok	dzień	miesiąc	rok
4. Obroty					
Obroty netto uzyskane z ubezpieczanej działalności przez Ubezpieczonego w ostatnim zamkniętym roku obrotowym, a w przypadku rozpoczęcia działalności przewidywane w okresie ubezpieczenia (w PLN):					
1) Czynności rewizji finansowej:					
2) Usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych i podatkowych:					
3) Doradztwo kadrowe i administrowanie płacami:					
4) Doradztwo podatkowe:					
5) Pozostałe czynności podlegające ubezpieczeniu łącznie:					
5. Czy w okresie ubezpieczenia będą wykonywane czynności rewizji finansowej ?					
<input type="checkbox"/> Tak					
<input type="checkbox"/> Nie					

6. Płatność			
<input type="checkbox"/> jednorazowa	lub ratałna:	<input type="checkbox"/> 2 raty	<input type="checkbox"/> lub 4 raty

7. Suma gwarancyjna

Suma gwarancyjna do wyboru:

Minimalna/obowiązkowa: **400.000 EUR** na jedno i wszystkie zdarzenia w odniesieniu do czynności rewizji finansowej lub

Nadwyżkowa/dobrowolna: **3.000.000 PLN** na jedno i wszystkie zdarzenia w odniesieniu do czynności rewizji finansowej

Suma gwarancyjna do wyboru:

Minimalna/obowiązkowa (na jedno zdarzenie)			Nadwyżkowa dobrowolna*/** (na jedno i wszystkie zdarzenia)
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych i podatkowych
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do doradztwa podatkowego***
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do prowadzenia postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego
<input type="checkbox"/> 2 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	**	w odniesieniu do działalności wydawniczej lub szkoleniowej w zakresie rachunkowości, rewizji finansowej i podatków
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do wykonywania ekspertyz lub sporządzanie opinii ekonomiczno-finansowych
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do świadczenie usług doradztwa lub zarządzania, wymagających posiadania wiedzy z zakresu rachunkowości, rewizji finansowej, prawa podatkowego oraz organizacji i funkcjonowania przedsiębiorstw;
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do świadczenia usług atestacyjnych innych niż czynności rewizji finansowej, niezastrzeżonych do wykonywania przez biegłych rewidentów;
<input type="checkbox"/> 10 000 EUR lub	<input type="checkbox"/>	*	w odniesieniu do świadczenia usług pokrewnych lub świadczenia innych usług zastrzeżonych w odrębnych przepisach do wykonywania przez biegłych rewidentów.

Legenda:
 – zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem X
* Prosimy o wpisanie wybranej sumy gwarancyjnej, która będzie uwzględniać łącznie minimalną sumę gwarancyjną dla ubezpieczenia obowiązkowego oraz nadwyżkową sumę gwarancyjną: 100 000 PLN/200 000 PLN/300 000 PLN/400 000 PLN/500 000 PLN
** Prosimy o wpisanie wybranej wyższej sumy gwarancyjnej, która będzie uwzględniać łącznie minimalną sumę gwarancyjną dla ubezpieczenia obowiązkowego oraz nadwyżkową sumę gwarancyjną: 20 000 PLN
*** Jeżeli we wnioskowanym okresie ubezpieczenia będzie wykonywana działalność polegająca na sporządzaniu w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielanie im pomocy w tym zakresie, to istnieje konieczność ubezpieczenia doradztwa podatkowego, ponieważ ta działalność jest czynnością doradztwa podatkowego, zgodnie z def. zawartą w art. 2 ust. 1 pkt. 3 Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o doradztwie podatkowym.

UBEZPIECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE (DOBROWOLNE)

Czy Ubezpieczony chce zawrzeć umowę Ubezpieczenia Uzupełniającego (doradztwo kadrowe i administrowanie płatcami):

Tak prosimy o podanie sumy gwarancyjnej w PLN:

(Do wyboru: 20.000 PLN/ 100.000 PLN/ 200.000 PLN/ 300.000 PLN/ 400.000 PLN/ 500.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia)

Nie

UBEZPIECZENIE KARNO-SKARBOWE (DOBROWOLNE)****

**** Dotyczy wyłącznie osób fizycznych będących biegłymi rewidentami. W przypadku spółek/ spółdzielni/ spółdzielczych związków rewizyjnych, prosimy o imienne wskazanie biegłych rewidentów, którzy zostaną objęci przedmiotowym ubezpieczeniem.

Czy Ubezpieczony chce zawrzeć umowę Ubezpieczenia Karno-Skarbowego?:

Tak Suma ubezpieczenia: 200.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia

Nie

Wskazuję brokera Willis Towers Watson Polska sp. z o.o. jako jedyne upoważnione do: wykonywania w moim imieniu czynności brokerskich polegających na doprowadzaniu do zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej firm audytorskich oraz uczestniczenia w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia również w sprawach o odszkodowanie.

Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego/Ubezpieczającego
-------------------	--

OŚWIADCZENIA ORAZ INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S. A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87. Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe głównie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, realizacji umowy ubezpieczenia, likwidacji szkód, marketingu, analiz biznesowych oraz realizacji obowiązków do których zobowiązuje nas prawo. Jeśli Warta uzyskała od Pani/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych to ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jednym z przysługujących Pani/Panu praw jest prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę. W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych na adres IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej lub osobiście/telefonicznie z agentem. Warta dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez Wartę znajdują się na banerze informacyjnym u agenta lub w załączniku do polisy, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl

Oświadczam, że zapoznałam\em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Wartę.

Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego/Ubezpieczającego
-------------------	--