



WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ FIRMY AUDYTORSKIEJ

1. Ubezpieczający/ Ubezpieczony:
2. Adres Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, nr telefonu, adres e-mail:
.....
3. REGON : NIP : :
4. Numer oraz data wpisu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na listę firm audytorskich:
5. Data rozpoczęcia działalności:
6. Okres ubezpieczenia: od dnia.....do dnia.....

UBEZPIECZENIE OBOWIĄZKOWE

7. Prosimy zaznaczyć jaką działalność chcą Państwo ubezpieczyć. **Ubezpieczyć należy każdą z działalności, która będzie wykonywana w okresie ubezpieczenia, nie później, niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia świadczenia tej usługi lub prowadzenia działalności.**

L.p.	Rodzaj działalności:		Suma gwarancyjna:	Przychód z działalności za ostatni zamknięty rok obrotowy:
1.	czynności rewizji finansowej	<input type="checkbox"/>	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 sporządzanie opinii ekonomiczno - finansowych	<input type="checkbox"/>	10 000 euro	
7.	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 euro	
8.	świadczenie usług atestacyjnych innych niż czynności rewizji finansowej, niezastrzeżonych do wykonywania przez biegłych rewidentów	<input type="checkbox"/>	10 000 euro	
9.	świadczenie usług pokrewnych lub świadczenie innych usług zastrzeżonych w odrębnych przepisach do wykonywania przez biegłych rewidentów.	<input type="checkbox"/>	10 000 euro	
			Przychód łączny:	

8. 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

9. Jeżeli w okresie ostatnich 3 lat były wypłacane, przez jakikolwiek zakład ubezpieczeń odszkodowania lub inne świadczenia z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej firmy audytorskiej prosimy o podanie informacji o ilości i wysokości wypłaconych odszkodowań i świadczeń oraz dat wypłaty.
.....

10. Czy w okresie ubezpieczenia będą wykonywane czynności rewizji finansowej?

TAK:

NIE:

11. Czy w okresie ubezpieczenia 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)

12. Ubezpieczenie dodatkowe obejmuje działalności określone w art. 47 ust. 2 ustawy o biegłych rewidentach (działalności nr 2-9, w tabeli w punkcie 7 wniosku). Wszystkie wykonywane przez Państwa działalności, poza czynnościami rewizyjnymi, mogą zostać objęte dodatkowym ubezpieczeniem, w ramach nadwyżkowej, wspólnej sumy gwarancyjnej, ponad sumy ubezpieczenia obowiązkowego.

13. 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)

14. Ubezpieczenie uzupełniające (dobrowolnego) 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.

15. Czy chcą Państwo zawrzeć umowę ubezpieczenia uzupełniającego?

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

NIE: nie chcemy zawrzeć umowy ubezpieczenia uzupełniającego.

16. Sposób płatności składki:

jednorazowo

w II ratach

w IV ratach

Oświadczenia:

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

Informacja Administratora danych osobowych:

Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

....., data

(miejscowość)

.....

(podpis ubezpieczającego)

Niniejszym upoważniam Willis Towers Watson Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. Domaniewska 34a, do wykonywania w moim imieniu czynności polegających na zawieraniu lub doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia objętych niniejszym wnioskiem oraz uczestniczeniu w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia również w sprawach o odszkodowanie.

....., data

(miejscowość)

.....

(podpis ubezpieczającego)