

## Anmälan avseende verksamhetsförsäkring för redovisningsföretag

Vi ska leverera nytta till våra medlemmar och därför erbjuder vi er att teckna FARs verksamhetsförsäkring. Det är en anpassad försäkring för våra medlemmars behov och verksamhet med mycket förmånliga premier och extra bred omfattning. För- och efterköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringarna finns på [www.farforsakring.se](http://www.farforsakring.se)

Vi är medlemmar i FAR:  JA  NEJ

Vi ber er att fylla i de moment där ni önskar premieoffert och vi återkommer till er inom kort.

**Ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada**

**Kontorsförsäkring**

**Sjukavbrottsförsäkring- tillägg till kontorsförsäkring**

**Sjukvårdsförsäkring**

Försäkringstagare, redovisningsföretagets namn:	
Utdelningsadress/ Gatuadress:	
Postnummer och Ort:	
Organisationsnummer:	Telefon (även riktnummer)
E-postadress försäkringsansvarig:	

### Ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada för redovisningsföretag

#### Medförsäkrade bolag

Försäkringen gäller för företaget enligt ovan, medförsäkrade bolag anges på separat bilaga. Ange uppgifter om namn, adress och organisationsnummer. Den sökandes dotterbolag omfattas med automatik av försäkringen inom ramen för den försäkrade redovisningsverksamheten samt den anmälda omsättningen. Den totala omsättningen för samtliga bolag skall anges.

### Grundförsäkring Försäkringsbelopp

Önskar belopp om 25 prisbasbelopp/skada, 50 prisbasbelopp/ försäkringsår	<input type="checkbox"/>	<b>JA</b>
Önskar belopp om 50 prisbasbelopp/skada, 100 prisbasbelopp/ försäkringsår	<input type="checkbox"/>	<b>JA</b>

### Tilläggförsäkring för enklare juridiska uppdrag enligt FARs definition\*

Önskar belopp om 1 MSEK/skada, 1MSEK/ försäkringsår	<input type="checkbox"/>	<b>JA</b>
Vänligen ange utbildning för aktuell verksamhet:		

\*Avser formaliafel vid upprättande av andra enklare juridiska handlingar såsom: kompanjonsavtal, testamente, äktenskapsförord, boskillnad, bouppteckning, arvskifte, samboavtal.

### Försäkringsuppgifter

Uppgifterna avser försäkringstagaren och eventuella medförsäkrade bolag per anmälningsdag.

Total årsomsättning redovisningsverksamhet	<b>kkkr</b>
Total årsomsättning för enklare juridiska uppdrag	<b>kkkr</b>

För nystartade bolag eller vid uppstart av rådgivningsverksamhet gäller att premien beräknas på den budgeterade omsättningen.

### Skadeståndsanspråk

<p>1. Har skadeståndsanspråk riktats mot sökande under de 5 senaste åren?</p> <p>Om <b>JA</b>, vänligen bilägg separat information med beskrivning av händelsen som medförde kravet, när händelsen inträffade, kravets storlek samt vilket belopp som är utbetalt eller reserverat med anledning av kravet.</p>	<input type="checkbox"/>	<b>JA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEJ</b>
<p>2. Känner ni till någon omständighet som kan leda till att skadeståndsanspråk kan komma att framställas mot sökande?</p> <p>Om <b>JA</b>, vänligen bilägg separat information med beskrivning av händelsen som kan komma att medföra att krav framställs, när händelsen inträffat samt uppgift om det förväntade kravets/den förväntade förlustens storlek.</p>	<input type="checkbox"/>	<b>JA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEJ</b>
Om ni svarat <b>JA</b> på någon av ovanstående frågor har någon försäkringsersättning utbetalats till skadelidande?	<input type="checkbox"/>	<b>JA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEJ</b>

### Försäkring

Har den sökande en gällande ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada för redovisningsverksamhet?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Försäkringsgivare		Förfallodag (år, månad, dag)	
Försäkringsbelopp		När tecknades ansvarsförsäkringen (år, månad, dag)	
Om NEJ, ange	Vilket datum företaget startade sin verksamhet	År, månad, dag	

### Kontorsförsäkring - försäkringsuppgifter

Uppgifterna avser försäkringstagaren och eventuella medförsäkrade bolag per anmälningsdag.

Årsomsättning:	kkkr	År:
Huvudförsäkringsställe, adress:		
Medförsäkrade bolag, namn + orgnr:	Medförsäkrat bolags försäkringsställe, adress:	

### Sjukavbrottsförsäkring- tecknas som tillägg till kontorsförsäkring

För att få teckna sjukavbrottsförsäkring måste medlemsföretag antingen ha en kontorsförsäkring tecknad via FARs medlemsförsäkringar alternativt vara medförsäkrad till annat medlemsföretag som har kontorsförsäkring tecknad via FARs medlemsförsäkringar.

### Försäkrade personer

Namn:	Personnummer:	30 dagar karens <input type="checkbox"/>	90 dagar karens <input type="checkbox"/>
Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader)			
Namn:	Personnummer:	30 dagar karens <input type="checkbox"/>	90 dagar karens <input type="checkbox"/>
Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader)			



tidsbegränsad sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs även att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsersättning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.

**Information och intygande vid ansökan av sjukvårdsförsäkring**

Försäkringsgivare för sjukvårdsförsäkring är Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 502010-9681.

Jag har tagit del av Länsförsäkringars för- och efterköpsinformation vid ansökan av sjukvårdsförsäkring.

**BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER**

Länsförsäkringar behandlar personuppgifter i enlighet med vad som anges i informationen "Behandling av personuppgifter" som hittas på webbplats [lansforsakringar.se/personuppgifter](http://lansforsakringar.se/personuppgifter). Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-postadress [info.halsa@lansforsakringar.se](mailto:info.halsa@lansforsakringar.se).

Underskrift av anmälan		
Datum och Ort:	Underskrift firmatecknare:	Namnförtydligande:

**Anmälan skickas till:**

**Willis Towers Watson Sweden AB**

**FARs Försäkringsservice**

**Box 7273**

**103 89 Stockholm**

**Telefon: 08-5870 9587**

**E-post: [farforsakring@willis.com](mailto:farforsakring@willis.com)**