

Anmälan avseende verksamhetsförsäkring för revisionsföretag

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

Ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada för revisionsföretag

Medförsäkrade bolag

Försäkringen gäller för företaget enligt ovan, medförsäkrade bolag anges på separat bilaga. Ange uppgifter om namn, adress, organisationsnummer, organisationsskiss samt auktoriserade/ godkända revisorer. Den sökandes dotterbolag omfattas med automatik av försäkringen inom ramen för den försäkrade revisions/ rådgivningsverksamheten samt den anmälda omsättningen.

Grundförsäkring Försäkringsbelopp revisionsverksamhet

| | | |
|---|--------------------------|-----------|
| Revisionsföretag i vilket antalet auktoriserade och godkända revisorer understiger 6 verksamma revisorer - 200 prisbasbelopp/skada, 400 prisbasbelopp/ försäkringsår. | <input type="checkbox"/> | JA |
| Revisionsföretag i vilket antalet auktoriserade och godkända revisorer är 6 eller fler men understiger 50 verksamma revisorer - 200 prisbasbelopp/skada, 600 prisbasbelopp/ försäkringsår. | <input type="checkbox"/> | JA |
| Revisionsföretag i vilket antalet auktoriserade och godkända revisorer uppgår till 50 eller fler verksamma revisorer - 200 prisbasbelopp/skada, 800 prisbasbelopp/ försäkringsår. | <input type="checkbox"/> | JA |

Försäkringsbelopp rådgivningsverksamhet

Skadeståndskrav orsakade i rådgivningsverksamhet som inte är att betrakta som revisionsverksamhet enligt revisionslagens definition (se 2§ 8) ersätts under försäkringsperioden med 200 prisbasbelopp/skada och maximalt för försäkringsperioden ur ovanstående försäkringsbelopp.

Tilläggförsäkring - förhöjda försäkringsbelopp XS-skydd

| | | |
|--|--------------------------|-----------|
| 100 prisbasbelopp per skada och försäkringsår excess grundförsäkringens försäkringsbelopp | <input type="checkbox"/> | JA |
| Väljer prisbasbelopp per skada och försäkringsår excess grundförsäkringens försäkringsbelopp | <input type="checkbox"/> | JA |

Försäkringsuppgifter revisions- och rådgivningsverksamhet

Uppgifterna avser försäkringstagaren och eventuella medförsäkrade bolag per anmälningdag.

| | |
|---|-------------|
| Totalt antal auktoriserade och godkända revisorer | st |
| Total årsomsättning senaste bokslutet (intäkter från revision och rådgivning avseende försäkringstagarens och samtliga medförsäkrade bolag och dotterbolag) | kkkr |
| Ungefärlig andel av omsättning som är att hänföra till revision | kkkr |
| Ungefärlig andel av omsättning som är att hänföra till rådgivning | kkkr |

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

Skadeståndsanspråk

Viktigt att samtliga auktoriserade och godkända revisorer inom revisionsföretaget tillfrågas. Även övrig personal inom området rådgivning skall tillfrågas.

| | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| <p>1. Har skadeståndsanspråk riktats mot sökande eller däri verksam auktoriserad eller godkänd revisor eller övrig personal inom området under de 5 senaste åren?</p> <p>Om JA, 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"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| <p>2. Känner ni till någon omständighet som kan leda till att skadeståndsanspråk kan komma att framställas mot sökande eller däri verksam auktoriserad eller godkänd revisor eller övrig personal?</p> <p>Om JA, 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"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| <p>Om ni svarat JA på någon av ovanstående frågor har någon försäkringsersättning utbetalats till skadelidande?</p> | | |

Försäkring (anges om ni inte är försäkringstagare sedan tidigare)

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| Har den sökande en gällande ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada för revisionsverksamhet? | | <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 | |
| | Om det hos revisionsföretaget finns auktoriserad eller godkänd revisor, som bedrivit revisionsverksamhet före detta datum | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| Har den sökande någon annan gällande ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada? (Exempelvis för rådgivningsverksamhet eller annan tilläggförsäkring) | | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |

| | |
|--------------------|--|
| Försäkringsgivare: | Förfallodag (år, månad, dag): |
| Försäkringsbelopp: | När tecknades ansvarsförsäkringen (år, månad, dag) |

Kontorsförsäkring - försäkringsuppgifter

Uppgifterna avser försäkringstagaren och eventuella medförsäkrade bolag per anmälningsdag.

| | | |
|--|--|-----|
| Årsomsättning: | kk | År: |
| Huvudförsäkringsställe, adress: | | |
| Medförsäkrade bolag, namn + organisationsnr: | 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) | | | |
| 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) | | | |
| Namn: | Personnummer: | 30 dagar karens <input type="checkbox"/> | 90 dagar karens <input type="checkbox"/> |
| Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader) | | | |

Observera att om en person ansöker om ett högre försäkringsbelopp än 360 000 kr/ år i sjukavbrottsförsäkring också måste komplettera anmälan med en hälsodeklaration. Vänligen kontakta oss om så är fallet.

Sjukvårdsförsäkring

Som arbetsgivare väljer ni omfattning nedan. Observera att valet gäller för samtliga försäkrade personer på företaget om ni har anställda:

- Sjukvårdsförsäkring
- Sjukvårdsförsäkring Bas
- Förebygg- och rehabförsäkring

Vänligen lista de personer som ska anslutas till sjukvårdsförsäkring nedan:

| Namn: | Personnr: | Adress: | Postnummer | Ort |
|-------|-----------|---------|------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Undertecknad intygar att samtliga anställda, enligt förteckning ovan på anmälan om sjukavbrottsförsäkring samt ansökan om sjukvårdsförsäkring, vid inträdet i försäkringen är fullt arbetsföra, se definition nedan.

FULLT ARBETFÖR
Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. 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. 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.

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**