

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.

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 och Sjukavbrottsförsäkring ☐

Företagsbetald 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	☐	JA
Önskar belopp om 50 prisbasbelopp/skada, 100 prisbasbelopp/ försäkringsår	☐	JA

Tilläggförsäkring för enklare juridiska uppdrag enligt FARs definition*

Önskar belopp om 1 MSEK/skada, 1MSEK/ försäkringsår	☐	JA
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 anmälningdag.

Total årsomsättning redovisningsverksamhet	kkkr
Total årsomsättning för enklare juridiska uppdrag	kkkr

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

Skadeståndsanspråk

1. Har skadeståndsanspråk riktats mot sökande under de 5 senaste åren? 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.	☐	JA	☐	NEJ
2. Känner ni till någon omständighet som kan leda till att skadeståndsanspråk kan komma att framställas mot sökande? 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.	☐	JA	☐	NEJ
Om ni svarat JA på någon av ovanstående frågor har någon försäkringsersättning utbetalats till skadelidande?				

Försäkring

Har den sökande en gällande ansvarsförsäkring för ren förmögenhetsskada för redovisningsverksamhet?		☐ JA	☐ 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 anmälningdag.

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 ☐	90 dagar karens ☐
Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader)			
Namn:	Personnummer:	30 dagar karens ☐	90 dagar karens ☐
Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader)			
Namn:	Personnummer:	30 dagar karens ☐	90 dagar karens ☐
Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader)			

Namn:	Personnummer:	30 dagar karens ☐	90 dagar karens ☐
Försäkringsbelopp: (ska motsvara företagets årliga fasta kostnader)			
Namn:	Personnummer:	30 dagar karens ☐	90 dagar karens ☐
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. Den finner ni längst bak.

Företagsbetald sjukvårdsförsäkring

Obligatorisk för alla anställda i företaget.

Vänligen lista de personer som ska anslutas till frivillig företagsbetald sjukvårdsförsäkring nedan:

Namn:	Personnr:	Adress:	Postnummer	Ort

Undertecknad intygar att samtliga anställda, enligt förteckning ovan på ansökan om sjukavbrottsförsäkring samt ansökan om frivillig företagsbetald sjukvårdsförsäkring, vid inträdet i försäkringen är *fullt arbetsföra.

***FULLT ARBETSFÖR**

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 arbetsskadeliivranta inte utbetalas eller att lönebidragsersättning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.

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

Anmälan skickas till:

Willis AB

FARs Försäkringsservice

Box 7273

103 89 Stockholm

Telefon: 08-5870 9587

E-post: farforsakring@willis.com