



Dotazník | pojištění profesní odpovědnosti ADVOKÁTNÍ KANCELÁŘE

1. Odpovězte, prosím, na všechny otázky.
2. Nebudete-li mít dost místa pro dokončení svých odpovědí, pokračujte, prosím, na zvláštním papíře.
3. Tento dotazník musí být opatřen datem a podpisem zástupce společnosti.
4. Otázky označené * je nutno vyplnit. I pokud např. příslušná činnost není prováděna, uveďte výslovně tuto odpověď (tedy např. „ne“ nebo „0“).
5. Částky v dotazníku prosím uvádějte v CZK.

I. Údaje o pojistníkovi

Obchodní jméno společnosti
(včetně IČO):*

Předmět podnikání:*

Datum založení:*

Adresa společnosti:

Web společnosti:*

1) Došlo v posledních třech letech ke změně názvu společnosti nebo ke sloučení, splynutí nebo akvizici? Ano Ne
Pokud ano, uveďte, prosím, podrobnosti.

2) Dceřiné společnosti
Požadujete, aby pojistné krytí rovněž zahrnovalo
Vaše dceřiné společnosti? Uveďte jejich názvy
a země, kde mají sídlo. Jaký je předmět jejich
činnosti? Uveďte rovněž jejich obrat

3) Vedení společnosti a zaměstnanci*

a) Uveďte, prosím, jména společníků a/nebo partnerů společnosti:

Jméno	Kvalifikace	Datum získání kvalifikace	Funkci zastává od

b) Vyžadujete vždy reference o všech zaměstnancích nebo jen o seniorních zaměstnancích/partnerech? Ano Ne

c) Používáte v obchodním styku se svými zákazníky písemné vzorové standardní smlouvy? Ano Ne

d) Obsahují všechny smlouvy se zákazníky písemný popis služeb, které jsou předmětem Vašich služeb? Ano Ne

(Prosíme připojte kopii Vaší standardní (vzorové) smlouvy se zákazníkem)

e) Má vaše společnost předpisy pro kontrolu a předcházení konfliktu zájmů? Ano Ne

f) Používá vaše společnost system kontroly (auditu) náhodně vybraných případů (složek) advokátem jiným, než který má případ na starosti? Ano Ne

g) Používáte ve vztahu k vašim subdodavatelům písemné smlouvy? Ano Ne

II. Údaje o příjmu a odborná činnost

A) Příjem pojistníka

a) Uvedte, prosím, celkové hrubé příjmy, skutečné resp. odhadované, rozdělené dle klientů a služeb v uvedených územích:*

	Minulé účetní období	Současné účetní období	Budoucí účetní obd. (odhad)
Česká republika			
Evropská unie			
USA/Kanada			
Ostatní (specifikujte)			
Příjem celkem:			

B. Analýza činnosti navrhovatele v závislosti na realizovaných kontraktech:

Prosíme uvést 3 největší kontrakty za poslední 3 roky:

Typ služby (příp. stát)	Hodnota kontraktu	Datum zahájení	Datum ukončení

1. Uvedte nejvyšší roční realizovaný příjem na jednoho klienta za posledních 12 měsíců.

2. Pokud jste vyplnili, že poskytujete služby klientům v USA/Kanadě, prosím, specifikujte informace o službách, které byly poskytnuty, a kterým klientům (největší zakázky):*

Činnost	Rozdělení činnosti v % za minulé účetní období	Rozdělení činnosti v % za aktuální účetní období
Občanskoprávní a trestněprávní spory		
Právní služby související s převody nemovitostí a realitami		
Právní služby v oblasti fúzí a akvizic a cenných papírů – pro kótované společnosti / finanční instituce		
Právní služby v oblasti fúzí a akvizic a cenných papírů – pro jiné společnosti		
Právní služby související s obchodním právem a obchodními transakcemi (s výjimkou právních služeb souvisejících s fúze-mi a akvizicemi a cennými papíry)		
Právní služby související s právy duševního vlastnictví (včetně právních služeb týkajících se patentů)		

Colonnade Insurance S.A.
Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

+420 234 108 311
 info@colonnade.cz
 www.colonnade.cz

Právní služby související se správou a vymáháním pohledávek

Pracovní právo

Dědické právo, výkon závětí, správa majetku

Daňové právo

Zahraniční právo

Jiné soudní spory a arbitrážní služby

Jiné nesoudní služby (např. katastr nemovitostí, právní poradenství)

Specifičujte:

 Očekáváte v tomto roce podstatné změny v objemech a údajích, které jste uvedli v Části 2? Ano Ne
(Pokud odpovíte, ano, uveďte veškeré podrobnosti.)

2. Poskytujete služby rovněž v rámci skupiny? Ano Ne
(tj. mateřské nebo dceřiné nebo sesterské společnosti)
(Pokud odpovíte ano, konkretizujte (jaké služby, jejich % v celk. obratu).)

II. Pojištění

A) Uveďte, prosím, požadované limity pojistného plnění a spoluúčast

a) Limit Kč Spoluúčast Kč

b) Limit Kč Spoluúčast Kč

c) Limit Kč Spoluúčast Kč

B) Požadované rozšíření pojistného krytí

Pojištění obecné odpovědnosti Ano Ne

Typ dodatkového pojištění	Pojistná částka		Spoluúčast
Povinnost k náhradě újmy z vlastnictví/držby nemovitosti vč. pronajatých prostor	Ano	Ne	
Sídlíte ve vlastních prostorech	Ano	Ne	

Colonnade Insurance S.A.
Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

 +420 234 108 311
 info@colonnade.cz
 www.colonnade.cz

Sídlíte v pronajatých prostorech	Ano	Ne
Uvedte prosím velikost pronajaté plochy (m ²)		
Požadujete mít zahrnuty i automobily a pracovní stroje?	Ano	Ne
Regresy zdravotních pojišťoven	Ano	Ne
Uvedte počet zaměstnanců (DPP a vlastní zaměstnanci)		

C) Máte v současnosti uzavřenou pojistnou smlouvu na pojištění profesní odpovědnosti a obecné odpovědnosti?*

Profesní Obecná Obě

Uvedte, prosím:

Pojistné období	Pojistitel	Limit	Spoluúčast	Pojistné

Došlo někdy k případu, že by pojistitel zrušil nebo odmítl obnovit či vystavit pojistnou smlouvu pro pojištění profesní odpovědnosti?*

Ano Ne

Pokud odpovíte ano, uveďte podrobnosti.



Colonnade Insurance S.A.
Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

+420 234 108 311
info@colonnade.cz
www.colonnade.cz

IV. Nároky

1. Provedl u Vás kontrolu jakýkoli oprávněný kontrolní nebo dozorový orgán?*	Ano	Ne
Pokud ano, uveďte, prosím, datum a výsledek této kontroly a kontrolní orgán.*		
2. Bylo proti Vám nebo kterékoliv osobě, pro niž má být uzavřeno pojištění, vedeno disciplinární řízení kontrolního orgánu nebo jiné odpovídající profesní organizace?*	Ano	Ne
Pokud ano, uveďte, prosím, veškeré podrobnosti.		
3. Došlo někdy ve společnosti k případům zpronevěry ze strany současných nebo minulých zaměstnanců, společníků, partnerů, konzultantů, subdodavatelů atd.?*	Ano	Ne
Pokud ano, uveďte podrobnosti a preventivní opatření, která byla přijata, aby se daná situace již neopakovala.		
4. Byly vůči společnosti nebo jejím předchůdcům nebo vůči některému z jejích stávajících nebo předchozích společníků, ředitelů či zaměstnanců vzneseny nějaké nároky na náhradu škody? *	Ano	Ne
Pokud ano, je důležité, abyste uvedli úplnou odpověď na tuto otázku, tj. rok, výši a stručný popis povahy nároku.		
5. Jsou Vám známy jakékoliv okolnosti nebo události, na jejichž základě by mohl být vznesen nárok na náhradu škody proti společnosti nebo jejím předchůdcům či proti některému současnému nebo předchozímu společníkovi, jednateři, zaměstnanci nebo externímu spolupracovníkovi?*	Ano	Ne
Pokud ano, je důležité, abyste uvedli úplnou odpověď na tuto otázku, tj. rok, výši a stručný popis povahy nároku.		

Prohlášení

Prohlašuji, že údaje a podrobnosti uvedené v tomto dotazníku jsou pravdivé a že nebyly chybně uvedeny ani zatajeny žádné podstatné skutečnosti. Souhlasím s tím, že tento dotazník, společně s dalšími poskytnutými informacemi budou sloužit jako základ pro případnou pojistnou smlouvu. Zavazuji se informovat pojistitele o podstatných změnách v tázaných skutečnostech, k nimž dojde před uzavřením pojistné smlouvy.

Podepsán:

Funkce:

(podepisuje společník/ředitel nebo osoba s podobným postavením)

Společnost:

Datum:

Colonnade Insurance S.A.
Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

☎ +420 234 108 311
 ✉ info@colonnade.cz
 🌐 www.colonnade.cz