



Dotazník | pojištění profesní odpovědnosti ÚČETNÍ

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) 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.

Máte ve Vaší společnosti zavedeny závazné předpisy sledování kvality a risk managementu Ano Ne

Prosíme o bližší komentář:

Je kterýkoli zaměstnanec oprávněn sám podepisovat příkazy k úhradě? Ano Ne

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

Obsahují všechny smlouvy se zákazníky písemný popis služeb, které jsou předmětem plnění ze strany pojištěného? Ano Ne

Prosíme připojte kopii Vaší standardní (vzorové) smlouvy se zákazníkem

II. Údaje o příjmu a odborná činnost

A) Příjem pojistníka

Uveďte, 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:			
Největší celkový příjem od jednoho klienta			
Průměrný příjem na klienta			
Generuje kterýkoli z Vašich klientů více než 25 % Vašeho celkového obratu?*			Ano Ne
Pokud ano, specifikujte.			

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

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

Činnost	Rozdělení činnosti v % za minulé účetní období	Rozdělení činnosti v % za aktuální účetní období
Účetnictví, vedení účetních záznamů (a související poradenské služby)		
Účetnictví, vedení účetních záznamů pro veřejně obchodované společnosti		
Účetnictví, vedení účetních záznamů pro finanční instituce, energetické a utilitní operátory		
Daňové poradenství, příprava daňových přiznání		
Daňové poradenství, příprava daňových přiznání pro veřejně obchodované společnosti		
Daňové poradenství, příprava daňových přiznání pro finanční instituce, energetické a utilitní operátory		
Auditorské činnosti		
Auditorské činnosti pro veřejně obchodované společnosti		
Auditorské činnosti pro finanční instituce, energetické a utilitní operátory		
Mzdová agenda		
1. Provádíte audit společností, které vedou své účetnictví dle US GAAP standardů?*		
	Ano	Ne
Pokud ano, specifikujte.		
2. Provádíte činnost i pro finanční instituce?		
	Ano	Ne
Pokud provádíte činnost i pro finanční instituce uveďte, prosím, údaje o klientech a službách, které jste pro ně vykonávali:		
3. Poskytujete služby rovněž v rámci skupiny? (tj. mateřské nebo dceřiné nebo sesterské společnosti)?		
	Ano	Ne
Pokud odpovíte ano, uveďte podrobnosti (jaké služby, jaké % v celkovém objemu představují).		
4. Očekáváte v tomto roce podstatné změny v objemech a údajích, které jste uvedli v Části 2?		
	Ano	Ne
Pokud odpovíte, ano, uveďte veškeré podrobnosti.		

III. Pojištění

A) Uvedte, 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
Sídlíte v pronajatých prostorech	Ano	Ne
Uvedte prosím velikost pronajaté plochy (m²)		
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?*

Pokud odpovíte ano, uvedte podrobnosti.



D) V jaké oblasti Vaší činnosti vidíte největší riziko vzniku škody?

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