



Dotazník | Pojištění profesní odpovědnosti

Pokud je oborem činnosti Vaší společnosti IT, právní nebo účetní služby, vyplňte prosím příslušný dotazník.

1. Z odpovězte, prosím, maximum otázek.
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 * jsou povinné. Doplňte prosím i negativní odpověď.
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? Ano Ne
Uveďte rovněž jejich obrat:

3. Máte ve Vaší společnosti zavedeny závazné předpisy sledování kvality a risk managementu?
Prosíme o bližší komentář:

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

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

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 (odhad)
Česká republika			
Evropská unie			
USA/Kanada			
Ostatní (specifikujte)			
Příjem celkem:			

B) Analýza činnosti pojistníka v závislosti na realizovaných kontraktech

V jaké oblasti Vaší činnosti vidíte největší riziko vzniku škody?



Uvedte prosím 3 největší kontrakty za poslední tři roky:

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

Uvedte prosím, jaký je největší roční realizovaný příjem od jednoho klienta pojistníka za posledních dvanáct měsíců:

C) Uvedte kategorie poskytovaných služeb dle Vámi obvykle používaného rozdělení včetně procentuálního vyjádření podílu jednotlivých kategorií na celkových ročních tržbách:

Služby	
a)	%
b)	%
c)	%
d)	%
e) Celkem	100 %




D) Uvedte kategorie poskytovaných služeb dle skupin klientů Vaší společnosti (celkem 100 %):

a)	Finanční instituce (např. banky, pojišťovny, správci fondů, obchodníci s cennými papíry...)	%
b)	Průmysl, výroba	%
c)	Služby, věda, školství	%
d)	Prodej (maloobchod, velkoobchod)	%
e)	Zdravotnictví	%
f)	Stavebnictví	%
g)	Doprava	%
h)	Veřejná správa, stát	%
i)	Ostatní (pokud více než 10 %, specifikujte)	%

1. 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).

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

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

2. 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

1. 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, bude 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