

**PROFESIONĀLĀS CIVILTIESISKĀS ATBILDĪBAS APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS
AUDITORIEM / GRĀMATVEŽIEM / REVIDENTIEM**

Aizpildīšanas datums	
Uzņēmuma nosaukums:	
Reģistrācijas numurs / dibināšanas datums	
Juridiskā / Korespondences adrese	
Tālrunis, e-pasts, mājaslapa	
Darbības apraksts	
Dalība profesionālās organizācijās	
Vai uzņēmumam ir filiāles?	
Kopējais darbinieku skaits uzņēmumā	_____, t.sk. speciālisti _____ administrācija _____ citi _____

Apdrošināmās personas (aizpildiet šajā pieteikumā vai pievienojiet atsevišķu sarakstu ar sekojošu informāciju):

Vārds	Uzvārds	Personas kods	Kvalifikācija	Pieredze profesijā / darba stāžs uzņēmumā?	Licences Nr. (derīguma termiņš)
				____ / ____	
				____ / ____	
				____ / ____	
				____ / ____	
				____ / ____	

Apgrozījums / Ieņēmumi no darbības

Iepriekšējais gads	Šis gads (plānots)	Nākamais gads (plānots)
2016	2017	2018
_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

Apgrozījuma sadalījums

Grāmatvedība %	Audits %	Revīzija %	Citi pakalpojumi %
_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Klientu skaits _____	Klientu skaits _____	Klientu skaits _____	

Vai uzņēmums pieder vai darbojas kopā ar kādu starptautisku kompāniju? Ja JĀ, lūdzu norādiet nosaukumu un darbības jomu.	NĒ	JĀ
Vai apdrošinātās personas sniedz pakalpojumus bankām un finanšu institūcijām, apdrošināšanas sabiedrībām, biržā kotētiem uzņēmumiem vai klientiem, kas atrodas ārzemēs. Ja JĀ, lūdzu sniedziet papildus informāciju (nosaukumus, ieņēmumu daļa % un EUR no kopējā apgrozījuma)	NĒ	JĀ

Vai iepriekš pret uzņēmumu ir izvirzīta s prasības, pretenzijas no klientu puse? Vai pret kādu no darbiniekiem tikusi veikta ar profesiju saistīta disciplināra darbība? Ja JĀ, lūdzu sniedziet detalizētu informāciju.	NĒ	JĀ
Vai uzņēmuma iepriekš bijusi darbības civiltiesiskās atbildības apdrošināšana. Ja JĀ, lūdzu sniedziet informāciju par apdrošinātāju un polises periodiem.	NĒ	JĀ
Vai šobrīd ir kādas nenokārtas pret uzņēmumu vai tā darbiniekiem iepriekš izvirzītas prasības vai zināmi apstākļi, ka šāda prasība varētu tikt izvirzīta. Ja JĀ, lūdzu sniedziet detalizētu informāciju.	NĒ	JĀ
Vai ir uzņēmumi, kurus var uzskatīt par saistītiem un uz kuriem būtu jāattiecinā līdzcērtīgs apdrošināšanas segums. Ja JĀ, lūdzu sniedziet papildus informāciju.	NĒ	JĀ
Vai paredzamas būtiskas darba struktūras izmaiņas divos nākamajos gados? Ja JĀ, lūdzu sniedziet detalizētāku informāciju.	NĒ	JĀ

NEPIECIEŠAMĀIS APDROŠINĀŠANAS SEGUMS

Apdrošinājuma summa (limits) gadam /periodam	_____ EUR
Apdrošinājuma summa (limits) gadījumam	_____ EUR
Pieņemams pašriskā apmērs	_____ EUR
Apdrošināšanas seguma teritorija	Latvija / _____
Likumdošana	Latvijas Republikas
Vēlamais apdrošināšanas periods	no _____ līdz _____
Pagarinātās ziņošanas periods	_____ mēneši
Retroaktīvais datums	datums no _____
Uzticētu dokumentu nozaudēšana vai sabojāšana	NĒ / JĀ ar limitu _____ EUR
Cits nepieciešams apdrošināšanas segums	
Cita svarīga un nozīmīga informācija šai apdrošināšanai	

Atrunas: Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības samazināt apdrošināšanas atlīdzību vai to neizmaksāt un/vai izbeigt apdrošināšanas līgumu, ja tai tika iesniegta nepatiesa vai nepilnīga informācija slēdzot apdrošināšanas līgumu vai tā darbības laikā netiek sniegta informācija par apstākļiem, kas palielina riska iestāšanās iespējamību, rada iespēju zaudējumiem, bet ne tikai. Katras apdrošināšanas sabiedrības noteikumi, risku definīciju un izņēmumu formulējumi ir atšķirīgi. Apdrošināšanas nosacījumi detalizēti tiek izskaidroti apdrošināšanas līgumā (polisē, tās pielikumos un noteikumos).

Šajā dokumentā iekļautā informācija ir paredzēta tikai augstāk norādītajiem adresātiem. Tās saturs tiek uzskatīts par konfidenciālu informāciju un nevar tikt izpausts citām personām vai padarīts publiski pieejams bez UNIBROKKER INSURANCE & CONSULTING, SIA rakstveida piekrišanas.

Datums: _____

Paraksts: _____

Atšifrējums: _____