

Frågeformulär

Försäkringsförmedlares professionsansvar

1. Företaget / Försäkringstagare

| | |
|---------------------------|--|
| 1. Namn. | |
| 2. Adress. | |
| 3. Org. nr. | |
| 4. När bildades företaget | |
| 5. Antal anställda. | |
| 6. Företagets verksamhet | |

2. Företagets intäkter

| | |
|--------------------------------|---|
| 1. Föregående år | |
| 2. Nuvarande år. | |
| 3. Nästkommande år. | |
| 4. Största intäkt från en kund | |
| 5. Fördelning av intäkterna: | <p>Ange fördelning i % av årlig intäkt för följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motor / Olycksfall / Privat: 2. Liv / Pension: 3. Egendom / Ansvar / Återförsäkring 4. Treaty återförsäkring: 5. Marin / Transport: 6. Annan (vänligen specificera): |

3. Geografisk fördelning i % av företagets intäkter

| | |
|--------------------|--|
| 1. Europa. | |
| 2. USA/Kanada. | |
| 3. Övriga världen. | |

4. Externa konsulter

| | |
|--|--|
| 1. Används externa konsulter i verksamheten ? Om nej, gå ner till punkt 5 | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Företagets intäkt från externa konsulter ? | |
| 3. Ange namn på de externa konsulter som används ? | |
| 4. Har de externa konsulterna en egen Professionsansvarsförsäkring? | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. Skall försäkringen även omfatta dessa externa konsulter ? | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |

5. Ytterligare information

| | |
|---|--|
| 1. Har företaget idag en professionsansvarsförsäkring ? Om ja, ange försäkringsbelopp och försäkringsgivare. | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Har en försäkringsgivare, underwriter eller liknande tidigare nekat att förnya eller sagt upp en professionsansvarsförsäkring för företaget ? Om ja, vänligen uppge mer information | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Har ni kännedom om (tidigare eller nuvarande) krav som är framställt mot det försäkrade bolaget, dess mäklare eller mot någon av företagets före detta eller nuvarande partners eller ledande befattningshavare ? Om ja, vänligen uppge mer information | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Har någon av de ledande befattningshavarna eller partner kännedom om omständigheter eller händelser som kan medföra krav mot bolaget och/eller dess mäklare ? | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| Om ja, vänligen uppge mer information | |
| 5. Har någon ledande befattningshavare, parner eller mäklare fått sin mäklarlicens indragen ? Om ja, vänligen uppge mer information | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. Har företaget eller någon av dess mäklare befogenhet att teckna försäkring, hantera försäkringsskador, utfärda försäkringshandlingar eller dylikt ? Om ja, vänligen uppge mer information | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| 7. Har företaget eller någon av dess mäklare fått sitt tillstånd att bedriva försäkringsförmedlarverksamhet indraget ? Om ja, vänligen uppge mer information | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |

6. Försäkringsbelopp

| | |
|------------------------------|---|
| 1. Önskat försäkringsbelopp. | |
| 2. Självrisk. | 50.000 kr. <input type="checkbox"/> 100.000 kr. <input type="checkbox"/> Annat |

7. Underskrift

Undertecknande som representerar företaget bekräftar härmed att ovanstående upplysningar och eventuella tillägg är korrekta och att ingen fakta är felaktigt angiven eller har underlåtit att anges.

Undertecknande är införstådd med att detta frågeformulär samt eventuell tilläggsinformation skall utgöra underlag för försäkringsavtalet mellan RSG Sweden AB och företaget. Företaget åtar sig att ge RSG Sweden AB upplysningar avseende väsentliga förändringar av ovanstående information vid nyteckning av försäkringen, under försäkringsperioden samt vid förnyelse av försäkringen.

Underskrift: _____

Datum: _____

Titel: _____

(skall undertecknas av företagets VD)