

**SØKNADSSKJEMA**

**Formuesskadeforsikring**

Kun for medlemmer av DnR

Gjelder virksomheter med kun regnskap og tilknyttet økonomisk rådgivning (ikke revisjon)

**1) Informasjon om forsikringstaker:**

Firmanavn:		Org.nr:
Postadresse:		
Telefonnr:	Faksnr:	E-post:
*) Antall autoriserte regnskapsførere/rådgivere:		*) Antall regnskapsfører medarbeidere:

\*) Ovennevnte utgjør totalt antall årsverk ? : \_\_\_\_\_

**2) Autoriserte regnskapsførere/rådgivere:**

Navn	Ansatt i firmaet siden:	Medlemsnr. i DnR:

**3) Virksomhetens omsetning (eks. mva) :**

Omsetning i fjor: kr. \_\_\_\_\_

Omsetning i år: kr. \_\_\_\_\_

Budsjett neste år: kr. \_\_\_\_\_

**4) Virksomhetens aktiviteter (i %):**

Regnskapsføring: \_\_\_\_\_

Rådgivning: \_\_\_\_\_ \*)

Annen inntekt: \_\_\_\_\_

**5) Klientenes størrelse:**

Totalt antall klienter: \_\_\_\_\_

Totalt årlig honorar fra største klient: \_\_\_\_\_

(\* om den overstiger 20%,  
vennligst spesifiser): \_\_\_\_\_

**6) Klient portefølje (antall):**

Børsnoterte selskap: \_\_\_\_\_

Finansinstitusjoner: \_\_\_\_\_

Aksjeselskap: \_\_\_\_\_

Andre: \_\_\_\_\_



7) Ønsket forsikringssum "maks erstatning pr. krav og samlet pr. år (i NOK)" :

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 mill. | <input type="checkbox"/> 10 mill.  |
| <input type="checkbox"/> 2 mill. | <input type="checkbox"/> Høyere sum ønsket - vennligst spesifiser - vi innhenter tilbud. |
| <input type="checkbox"/> 5 mill. | .....  |
|                                  | .....  |

8) Egenandel er fastsatt til NOK 25.000,-

9) Oppdrag utenfor Norge.

Dersom firma har oppdarg utenfor Norge, vennligst spesifiser og oppgi honorarets str.

.....  
.....  
.....  
.....

10) Skadehistorikk:

**Vennligst les vedlagte "Retningslinjer for Varsling" før spørsmål 10 (a+b) besvares:**

Er du/dere kjent med om det foreligger:

a) Erstatningskrav reist mot deg/dere eller firmaet i løpet av de siste 5 år ?

- JA**, meldt tidligere     **NEI**
- JA**, meldes nå

*(Hvis nytt krav legg ved mer informasjon)*

b) Omstendigheter i utført arbeid som kan føre til et fremtidig krav ?

- JA**, meldt tidligere     **NEI**
- JA**, meldes nå

*(Hvis ny omstendighet legg ved mer informasjon)*

Forsikringen skal gjelde fra og med dato: \_\_\_\_\_

*På vegne av firmaet erklærer undertegnede herved at opplysningene gitt ovenfor er riktige og at ingen vesentlige opplysninger er holdt tilbake eller fremstilt uriktig. Firmaet har en plikt til å informere Quality Broker AS ved enhver endring av vesentlig karakter. Dette søknadsskjemaet vil brukes som grunnlag for forsikringsavtalen mellom oss som forsikringstaker og forsikringssselskapet. Alle skadekrav/mulige skadekrav/omstendigheter skal meldes til Quality Broker AS omgående. Quality Broker AS gis innsynsrett ved skadetilfeller for revisorfirmaet i forholdet til omhandlede forsikringer.*

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift (daglig leder): \_\_\_\_\_

RETUR: Quality Broker, P.B. 347, 1326 Lysaker, FAKS: 67 58 02 66  
eller pdf-fil til: revisor@qualitybroker.no