

Konsultansvarsförsäkring

Allmänna uppgifter

Företagets namn	Organisationsnummer
Verksamhet:	Vilket år startades verksamheten?
Önskat försäkringsbelopp:	
<input type="checkbox"/> 120 BB	Annat:
Normal geografisk omfattning är Norden. Om annan önskas ange vilken:	Ange årsomsättning:
Antal verksamma konsulter:	Används underkonsulter?
Avtalas ABK?	Om underkonsulter används, kontrolleras det årligen att erforderliga försäkringar finns?
Sedan vilket år bedriver företaget konsultverksamhet?	Hur länge har ansvariga personer sysslat med verksamheten?
Vilken branschorganisation tillhör ledande personer inom företaget?	Vilken teknisk examen och yrkeserfarenhet har de personer som godkänner utförda arbeten?

Konsultområden och omsättning

Ange nedan vilket/vilka konsultområde(n) bedrivs i konsultverksamheten samt hur omsättningen fördelas.

Omsättningen ska fördelas på konsultuppdrag avseende objekt inom Norden och utom Norden.

Arkitektur/Samhällsplanering	Inom Norden	Utanför Norden
Besiktning, okulär, av byggnadsobjekt (dock ej överlåtelsebesiktning)	Inom Norden	Utanför Norden
Besiktning i övrigt, mätning och provning (kontroll)	Inom Norden	Utanför Norden
Byggledning	Inom Norden	Utanför Norden
Byggnadsteknik	Inom Norden	Utanför Norden
EI-teknik	Inom Norden	Utanför Norden
Geoteknik/Grundundersökning	Inom Norden	Utanför Norden
Kartografi	Inom Norden	Utanför Norden
Kemiteknik	Inom Norden	Utanför Norden
Kvalitetsansvarig PBL	Inom Norden	Utanför Norden
Kylteknik	Inom Norden	Utanför Norden
Maskinteknik	Inom Norden	Utanför Norden
VA-teknik	Inom Norden	Utanför Norden
Väg och trafik	Inom Norden	Utanför Norden
Värme och Sanitet	Inom Norden	Utanför Norden

Ventilation	Inom Norden	Utanför Norden
Annat konsultområde, vilket? I	Inom Norden	Utanför Norden

Verksamhetens fördelning på objekt – procentuellt av företagets totala omsättning:

Bostadshus:
Skolor, sjukhus och liknande:
Industribyggnader:
Hamn- och kajanläggningar:
Tunnelanläggningar:
Vattenkraft- och dammanläggningar:
Atom- och kärnkraftsanläggning:
Gruv- och berggrumsanläggningar:
Grundundersökningar:
Övrigt, beskrivning:

Då försäkringsvillkoren för konsultansvar innebär ett visst retroaktivt åtagande för skador som orsakats före försäkringstidens begynnelse, måste nedanstående frågor besvaras:

Har företagets årsomsättning under något år av den närmast föregående 3-årsperioden varit högre än vad som ovan angivits? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har konsultverksamheten under något år av den närmast föregående 3-årsperioden avsett annat konsultområde än vad som angivits? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Om någon av ovanstående frågor besvarats med "Ja" ska separat information lämnas för det eller de år av 3-årsperioden som avvikelser avser.

Finns eller har konsultansvarsförsäkring funnits hos Written Insurance eller annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, i vilket försäkringsbolag:	När upphörde försäkringen:
Har försäkringen sagts upp av er eller försäkringsbolaget? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", av vem och vad är orsaken?
Har förlängning av försäkringen erbjudits endast mot höjd premie eller skärpta villkor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Orsak:	
Uppdragsavtal för konsultverksamhet: <input type="checkbox"/> ABK <input type="checkbox"/> Annat avtal än ABK	Om annat, vilket avtal används?
Vem godkänner förändringar i bolagets avtal? <input type="checkbox"/> Skriftliga avtal saknas	
Har skadeståndsanspråk gällande konsultansvar framställts mot företaget under de senaste fem åren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vänligen lämna en beskrivning av ärendet nedan:	

Känner ni till några fel eller brister i utfört arbete som kan medföra skada/skadeståndsanspråk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vänligen lämna en beskrivning nedan:

Underskrift

Undertecknad(e) som äger teckna företagets firma eller är försäkringsansvarig(a) intygar härmed på heder och samvete att ovanstående frågor besvarats sanningsenligt. Undertecknad är medveten om att falska uppgifter eller undanhållande av information kan leda till att försäkringsskyddet begränsas/helt faller bort.

Ort och datum	Namn
---------------	------