

Finansal Sigortalar Serbest Muhasebeci Mali Müşavir Mesleki Sorumluluk Sigortası Ön Bilgi Formu

DİKKAT

İşbu soru formunun doldurulup Sigortacıya/Sigorta Aracınıza gönderilmesi, sigorta sözleşmesinin kurulduğu ve teminatın başladığı anlamına gelmemektedir. İşbu soru formunda Teklif Sahibi aşağıda belirtilen Sigortalı gerçek kişi ya da tüzel kişi olacaktır. Sigortacının işbu ön bilgi formunda yer alan bilgilere ek bilgi talep etme hakkı saklıdır. Sözleşmenin kurulması Sigortacının onay ve kabulüne bağlıdır. Lütfen tüm bölümleri büyük harf kullanarak doldurunuz.

GENEL BİLGİLER

Sigorta Aracısı Unvanı:		Sigorta Aracısı Partaj No:
Formun Doldurulma Tarihi:	Sigorta Başlangıç Tarihi:	Sigorta Bitiş Tarihi:
Sigorta Ettiren/Sigortalı Adı Soyadı ve Unvanı:		TC Kimlik No/Vergi No:
Sigorta Ettiren/Sigortalı Adresi:		
Telefon/Cep Telefonu:	E-posta:	Mesleki faaliyete başlangıç tarihi:
Bir hesap yılı içerisinde hizmet verdiğiniz müşteri sayısı kaçtır?:	Ofisinizde sigortalı meslek mensubu da dahil olmak üzere kaç kişi çalışmaktadır? :	
Bireysel Müşteriler için		
Bireysel Müşteriler için Doğum Yeri ve Tarihi:		
Anne ve Baba Adı: (Sadece TC Vatandaşı ise)		
Uyruğu:		
İş ve Meslek Bilgileri:		
Kamusal Nüfus Sahibi Kişi midir?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Telefon:		
İmza Örneği:		
Ticari/Kurumsal Müşteriler için:		
Şirket Ortakları veya Y.K. içinde Kamusal Nüfuz Sahip Kişi var mıdır? (KNSK: Cumhurbaşkanı, Başbakan, Bakan, Milletvekili, Vali, Kaymakam, Elçi, Konsolos, Siyasi Parti Başkanı, Belediye Başk, Genel Kurmay Başk, İl Emniyet Amiri, Müsteşar vb. Kamusal nüfusa sahip kişileri ifade eder)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Var ise kişi(ler) ve görev(leri) belirtiniz:		

PROFESYONEL AKTİVİTELER VE GELİR BİLGİLERİ

Lütfen brüt gelinizin aşağıdaki bölgelere göre dağılımını belirtiniz.

Bölge	Tamamlanmış son finansal yıl	Mevcut finansal yıl
Türkiye		
Avrupa Birliği		
Amerika Birleşik Devletleri/Kanada		
Toplam Brüt Gelir		

RİSK VE HASAR BİLGİLERİ

Halka açık şirketlerin ve/veya finansal kurumların bağımsız denetimini yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Müşterilerinize kurumsal finansman ve/veya yapılandırılmış finansman hizmeti veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Müşterilerinize satın alma ve/veya birleşme hizmeti veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Türkiye dışındaki ülkelerin yasa ve kanunları ile ilgili alanlarda hizmet veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Önemli tarihlerin kaçırılmasını önlemek adına bir iş takip sisteminiz var mıdır ve düzenli günlük kontroller yapmakta mısınız?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sigortalının kullandığı, bildirge ve beyannamelerin verilmiş tarihini hatırlatan manuel ya da elektronik bir günlük sistemi mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Müşterilerinize SGK işlemleri ile ilgili hizmet veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Cevabınız "Evet" ise; müşterileriniz, Sosyal Güvenlik Kurumu belge ve bildirimleri için kullanıcı adları ve şifrelerini tam kullanım yetkisi ile tarafınıza vermekte midir?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Müşterilerinizin çalışan listeleri her zaman güncel olarak tarafınıza ulaştırılmakta mıdır? İşe giriş-çıkışlar olduğunda tarafınıza herhangi bir gecikme olmayacak şekilde derhal yazılı olarak (belge teslimi, e-posta vb. yollar ile) bildirilmekte midir?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sigortalı tek başına/yalnız mı çalışıyor? Cevabınız evet ise kimin devam ettireceğini belirtiniz:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Yakın zamanda vergi makamı ya da SGK tarafından yürütülen ya da yürütülmesi muhtemel bir denetimden haberdar mısınız?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sigortalıya/tarafınıza karşı herhangi bir talebin oluşmasına sebebiyet verecek bir hata, olay, durum, inceleme ve/veya inceleme için evrak ibraz talebi, soruşturma, dava, 3.şahıs sözlü veya yazılı bildirim vs. (talep henüz iletilmese de) fark ettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Araştırma sonucu, üçüncü şahıslar tarafından, son beş yılda ortaklardan ya da çalışanlardan zarar talep edilen herhangi bir hasar ile karşılaştınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Firmanızda ortak ya da çalışanlardan biri şimdiye kadar herhangi bir soruşturma, disiplin ve/veya cezai işlem gerektirecek bir eylemde bulundu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Daha önce yapılmış olan ya da devam eden bir mesleki sorumluluk poliçeniz var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Daha önce GULF / AIG Sigorta haricinde yapılmış olan ve/veya devam eden bir mesleki Sorumluluk poliçeniz var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Var ise, bu mesleki sorumluluk sigortanız iptal edildi mi veya yenileme talebi geri çevrildi mi ya da özel şartlar ilave edildi mi? Evet ise lütfen aşağıda notlar kısmında açıklayıcı bilgi veriniz.	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Notlar:	

YAPILAN İŞ DETAYLARI

Lütfen son gelir beyannamesine göre aşağıdaki iş alanlarının yıllık toplam ücretteki tahmini payını belirtiniz.

İş Alanı	Gelir Oranı (%)	İş Alanı	Gelir Oranı (%)
Denetim		İflas/Tasfiye	
Genel Muhasebe & Saymanlık		Malvarlığı yönetimi/ Mütevellilik	
Sadece vergilendirme		Müdürlük	
Birleşme & Kazanç		Vergilendirme	
Yönetim Danışmanlığı (M&A dışı)		Sigorta Danışmanlık	
Şirket Sekreterliği		Diğer (Lütfen belirtiniz)	
Yatırım Danışmanlığı		Toplam	

TEMİNAT SEÇENEKLERİ - MESLEKİ SORUMLULUK

Lütfen talep ettiğiniz toplam teminat limitini seçiniz.

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 50.000 TL | <input type="checkbox"/> 100.000 TL | <input type="checkbox"/> 150.000 TL | <input type="checkbox"/> 200.000 TL | <input type="checkbox"/> 250.000 TL |
| <input type="checkbox"/> 300.000 TL | <input type="checkbox"/> 400.000 TL | <input type="checkbox"/> 450.000 TL | <input type="checkbox"/> 500.000 TL | <input type="checkbox"/> Diğer..... |
| <input type="checkbox"/> 350.000 TL | | | | |

TEMİNAT SEÇENEKLERİ - YANGIN TEMİNATI

Lütfen talep ettiğiniz toplam teminat limitini seçiniz.

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 75.000 TL | <input type="checkbox"/> 100.000 TL | <input type="checkbox"/> 200.000 TL |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

BEYAN

İşbu ön bilgi formundaki beyan ve bilgilerin doğru olduğunu ve önemli hiçbir gerçeğin yanlış beyan edilmiş veya gizlenmiş olmadığını; aksi halde sorumluluğun Sigorta Ettiren/Sigortalı olarak tarafıma ait olacağını, tüm Sigortalılar adına beyan ederim/ederiz. İşbu ön bilgi formunun, onunla birlikte sunulan her türlü ekler, bilgiler ve talep veya temin edilen herhangi bir bilginin ve diğer tüm bilgilerin, bunlara istinaden yapılan Sigorta Sözleşmelerinin esasını oluşturacağını kabul ederim/ederiz. Ayrıca işbu ön bilgi formu ile sunulan herhangi bir bilgi, beyan, husus veya gerçekte bu teklif formunun imzalanma tarihinden sonra ve poliçenin başlangıç tarihinden önce vuku bulan önemli değişiklikleri Sigortacı'ya bildirmeyi taahhüt ederim/ederiz.

HASARSIZLIK BEYANI

Yukarıda atıfta bulunulan poliçe kapsamında Sigorta Ettiren/Sigortalı olarak, herhangi bir kişi veya kurumun (ortaklar da dahil olmak üzere) herhangi bir talep, dava, soruşturma veya hasara neden olabilecek bir durum ve/veya hatadan haberdar olmadığını/olmadığımızı işbu beyan yükümlülüğün ihlali halinde Türk Ticaret Kanunu Sigorta Hukuku'nda yer alan ilgili hükümler uyarınca işlem yapılacağını beyan ve kabul ederim/ederiz.

Sigorta Ettiren/Sigortalı:	Tarih:	İmza/Kaşe:
----------------------------	--------	------------