**DOTAZNÍK** - **MANAŽER Plus**

*(pojištění odpovědnosti členů orgánů obchodních společností)*

Pojistník (zájemce o pojištění):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Název**: Klikněte sem a zadejte text. | | | **IČ**: Klikněte sem a zadejte text. |
| **Sídlo**: Klikněte sem a zadejte text. | | | |
| **Korespondenční adresa** (je-li odlišná od adresy sídla): Klikněte sem a zadejte text. | | | |
| **Jednající** (titul, jméno, funkce): Klikněte sem a zadejte text. | | | |
| **Tel**: Klikněte sem a zadejte text. | **GSM**: Klikněte sem a zadejte text. | **E-mail**: Klikněte sem a zadejte text. | |

|  |  |
| --- | --- |
| Právní forma společnosti:  **s.r.o.** ☒ **a.s.** ☐ **jiná** ☐ uveďte: Klikněte sem a zadejte text. | |
| Podniká společnost nebo některá z jejích dceřiných společností ve finančním odvětví? | **ANO** ☐ **NE** ☐ |
| Je společnost dceřinou společností jiné obchodní firmy? | **ANO** ☐ **NE** ☐ |
| Je vlastníkem společnosti zahraniční společnost? | **ANO** ☐ **NE** ☐ |
| Má společnost jakýkoli majetek v USA? | **ANO** ☐ **NE** ☐ |
| Existuje společnost alespoň 3 roky?  pokud ANO: Měla společnost za poslední dva auditované účetní roky čistý zisk? | **ANO** ☐ **NE** ☐  **ANO** ☐ **NE** ☐ |
| Vykázala společnost v posledním auditovaném účetním roce kladný vlastní kapitál? | **ANO** ☐ **NE** ☐ |
| Je si kterýkoli z manažerů společnosti vědom jakékoli skutečnosti, na základě které by proti němu mohl být uplatněn nárok na náhradu škody z titulu jeho manažerské funkce (vč. člena statutárního, dozorčího nebo jiného orgánu společnosti)? | **ANO** ☐ **NE** ☐ |

|  |
| --- |
| Chce společnost zahrnout do pojištění své dceřiné společnosti?  **NE** ☐ roční obrat společnosti v předcházejícím roce: Klikněte sem a zadejte text.  **ANO** ☐ konsolidovaný roční obrat všech společností v předcházejícím roce: Klikněte sem a zadejte text. |
| ▪ Převažující podnikatelská činnost společnosti: Klikněte sem a zadejte text. |
| ▪ Požadovaný limit pojistného plnění (Kč):  **5 000 000** ☐ **10 000 000** ☐ **20 000 000** ☐ |
| ▪ Požadovaná délka pojistného období:  **12 měsíců** ☐ **6 měsíců** ☐ **3 měsíce** ☐ |

V Klikněte sem a zadejte text. dne Klikněte sem a zadejte text.

Vyplnil(a): Klikněte sem a zadejte text.