

ДОГОВОР №18/22/165/26
страхования ответственности лиц, оказывающих профессиональные услуги

г.Ивантеевка

15.03.2022г.

Настоящий Полис выдан в подтверждение того, что указанные ниже Страховщик и Страхователь заключили договор страхования (далее по тексту «Договор страхования») на основании Заявления Страхователя от 15.03.2022 (далее по тексту «Заявление»), **Правил страхования ответственности лиц, оказывающих профессиональные услуги (типовые (единые)) №165** (далее по тексту – «Правила») в редакции от 21.05.2019 г. Настоящий Полис является Договором страхования, Правила и Заявление прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

СТРАХОВЩИК:

Публичное акционерное общество Страховая Компания «Росгосстрах»

Место нахождения: 140002, Московская обл., г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3.

Лицензия Банка России СИ № 0001 от 06 июня 2018 г.

ИНН: 7707067683, КПП: 997950001, ОГРН: 1027739049689

Расч. счёт: 4071810200000432187 в ПАО «ФК Открытие» г. Москва

Корр. счет: 30101810300000000985, БИК: 004525985

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ СТРАХОВЩИКА:

Адрес ПАО СК «Росгосстрах» для корреспонденций: 119991, г. Москва-59, ГСП-1, ул. Киевская, д. 7.

Адрес Филиала ПАО СК «Росгосстрах» в Ивантеевке для корреспонденций: 141282, Московская область, г. Ивантеевка, Центральный пр-д, д.7

Телефон: 8-800-200-0-900 (бесплатный по РФ) / +7-495-783-24-24, факс: +7-495-783-24-34

Телефон для уведомлений по убыткам: 8-800-200-99-77 (бесплатный по РФ)

Адреса Центров урегулирования убытков (для личного обращения и собственноручной передачи документов по убыткам) Вы можете уточнить по телефону 8-800-200-99-77 (бесплатный по РФ) или на сайте www.RGS.ru.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью "Рада"

Место нахождения **143405, Московская обл, г Красногорск, ул. Заводская, 18, оф. 529**

Адрес регистрации: **143405, Московская обл, г Красногорск, б-р Москворецкий, 1, оф. 5**

Адрес для корреспонденций: **143405, Московская обл, г Красногорск, ул. Заводская, 18, оф. 529**

Адрес регистрации: **143405, Московская обл, г Красногорск, б-р Москворецкий, 1, оф. 5**

ИНН: 5024140937, КПП: 502401001, ОГРН: 1135024008063

Расч. счёт: **40702810610000055522 в Банк АО «Тинькофф Банк»**

Корр. счет: **30101810145250000974, БИК: 044525974**

ЗАСТРАХОВАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

Оказание услуг в области бухгалтерского и налогового учета.

ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ:

Российская Федерация

СРОК СТРАХОВАНИЯ:

Начало 24.03.2022 г.

Окончание 23.03.2023 г.

(обе даты включительно)

СТРАХОВАЯ СУММА:

Общая страховая сумма по договору страхования:

5 000 000,00 (Пять миллионов) рублей 00 коп

В том числе сублимиты возмещения для:

Ущерба вследствие повреждения, уничтожения, утраты имущества (в том числе, утраты имуществом полезных свойств) и (или) документов других лиц, вверенного Страхователю в связи с осуществлением

5 000 000,00 (Пять миллионов) рублей 00 коп

Застрахованной деятельности:

Страховая сумма (Лимит возмещения) по одному страховому случаю:

5 000 000,00 (Пять миллионов) рублей 00 коп

ФРАНШИЗА (безусловная):

20 000,00 руб. по каждому страховому случаю

ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ:

Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда имуществу Выгодоприобретателей в связи с осуществлением Застрахованной деятельности Страхователем.

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ:

Предъявление Страхователю требования о возмещении убытков, причиненных третьим лицам (Выгодоприобретателям) в результате **ошибки (упущения)** Страхователя, допущенной в ходе осуществления **Застрахованной деятельности**, при условии, что Требование (требования) о возмещении причиненных убытков было впервые предъявлено не позднее окончания срока страхования.

Требование считается впервые предъявленным, независимо от сроков совершения последующих юридических процедур, связанных с возмещением ущерба, в момент, когда Страхователем, либо Страховщиком впервые получено письменное извещение о предъявлении получившему такое извещение требования (в расчет принимается более ранний момент времени).

Событие может считаться страховым случаем только при соблюдении всех условий Правил и договора страхования в отношении событий, являющихся страховым случаем.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ по Договору страхования в сумме

38 000,00 (Тридцать восемь тысяч) рублей 00 коп.

подлежит уплате единовременным платежом не позднее 24.03.2022

Днем уплаты страховой премии считается:

- при оплате в безналичном порядке – день поступления средств на расчетный счет Страховщика;
- Страховщик информирует страхователя:
- о факте просрочки уплаты страхового взноса
- о факте неполной уплаты страхового взноса.

ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:

1. Страхователь обязан письменно сообщить Страховщику о событиях и обстоятельствах, которые могло бы явиться основанием для предъявления требования о возмещении, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю стало известно о таком событии. Например, такими обстоятельствами являются: обнаружение Страхователем обстоятельств, подтверждающих причинение вреда третьим лицам, или дающих основания полагать, что такой вред был причинен, даже если требования о его возмещении предъявлены не были; предъявление требований о возмещении вреда; уведомление о намерении предъявить такие требования.

2. Условия, не оговоренные в настоящем Полисе, регламентируются Правилами и действующим законодательством РФ. Если условия, указанные в Полисе, противоречат условиям Правил, то условия, указанные в Полисе, имеют преимущественную силу.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ:

Помимо обстоятельств, указанных в Правилах в качестве исключений, не могут считаться страховыми случаями события, которые были обусловлены следующими обстоятельствами:

3.1. Неосуществление инвестиций либо недостаточная эффективность, либо доходность инвестиций, колебания рыночной стоимости имущества;

3.2. Использование любым лицом консультаций, комментариев, прогнозов по инвестиционным вопросам, предоставленных Страхователем или любым работником Страхователя или любым другим лицом от имени Страхователя,

3.3. Неосуществление учета имеющихся или полученных Страхователем денежных средств или неспособности или невозможности (неспособности) уплатить или взыскать премии, убытки, налоговые платежи или любые другие денежные средства в рамках собственной хозяйственной деятельности.

3.4. Неплатежеспособность любого финансового института, коммерческой организации, хозяйственного

общества, паевого инвестиционного фонда или другой организации или лица, с которым Страхователь соглашался об инвестициях, в том числе взаимных, вкладах, депозитах, кредитных услугах или страховании от имени любого клиента (заказчика) Страхователя.

3.5. Деятельность Страхователя в качестве поверенного (доверенного лица, доверительного управляющего) и/или действиям в интересе и/или от имени других лиц на других основаниях по отношению к любым пенсионным программам, в том числе, программам пенсионного страхования, программам льгот для работников, распределению прибыли.

3.6. Предъявление требования к Страхователю, работающему на основании трудового договора, его работодателем, материнским или дочерним обществом организации-работодателя, членом управляющих органов либо акционером работодателя, материнского или дочернего общества организации-работодателя.

3.7. Прочие исключения – в соответствии с положениями Правил.

4. В любом случае существенными для оценки степени риска, застрахованного по настоящему Договору страхования, считаются следующие обстоятельства:

- Изменение наименования, адреса места нахождения, адреса для корреспонденции, организационно-правовой формы Страхователя;
- Увеличение штата специалистов более чем на 30 % от заявленного на начало периода страхования;
- изменение видов оказываемых услуг;
- Оказание услуг клиенту, величина вознаграждения от работы с которым превышает 20% от размера выручки Страхователя за прошедший год, указанного в Заявлении на страхование.
- Увеличение годового оборота Страхователя более чем в 1,5 раза по сравнению с размером выручки Страхователя за прошедший год, указанного в Заявлении на страхование

5. Помимо обстоятельств, указанных в Правилах, не могут считаться страховыми случаями события, которые были обусловлены введением, публикацией, вступлением в силу после проведения Страхователем юридических действий и (или) оказания консультаций новых нормативно-правовых актов, постановлений, указаний органов государственной власти, носящих всеобщий характер.

6. При неоплате страховой премии в оговоренные сроки, страхование прекращает действие до оплаты страховой премии.

Страхование возобновляется с наиболее поздней из дат:

- с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии, если страховая премия оплачена за срок страхования, в течение которого страхование не действовало;
- в сроки, предусмотренные договором страхования, если оплата произведена в отношении срока страхования, который не начался на момент оплаты страховой премии.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Приложение №1. Правила страхования ответственности лиц, оказывающих профессиональные услуги (типовые (единые)) №165 в редакции от 21.05.2019 г.
2. Приложение №2. Заявление Страхователя от «15» марта 2022 г.

Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (физических лиц – выгодоприобретателей/ застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения договора страхования.

Подпись 

Пугач Е.С.
Ф.И.О.

15.03.2022 г.
дата

СТРАХОВЩИК
ПАО СК «Росгосстрах»

140002, Московская обл., г. Люберцы, ул.
Парковая, д. 3

Подразделение Страховщика
Филиал ПАО СК «Росгосстрах» в

Банковские реквизиты:
р/с 40701810201700000432

СТРАХОВАТЕЛЬ

Общество с ограниченной ответственностью
"Рада"

Адрес местонахождения: 143405, Московская обл,
г Красногорск, ул. Заводская, 18, оф. 529
Адрес регистрации: 143405, Московская обл, г
Красногорск, б-р Москворецкий, 1, оф. 5

Банковские реквизиты:
р/сч 40702810610000055522

Договор (Полис) № 180/22/165/26

стр. 3

Страхование гражданской ответственности
Корпоративные виды | ПАО СК «Росгосстрах»
e-mail: LL@RGS.ru

БИК 044525985
ПАО Банк «ФК Открытие»
К/с 30101810300000000985

БИК 044525974
Банк АО «Тинькофф Банк»
К/сч 30101810145250000974



Руководитель УО «Пушкино», АЦ
Ивантеева
М.П. (Михайлова Н.А.)



Страхователь с условиями страхования
согласен, правила получил:
Управляющий - индивидуальный предприниматель
М.П. (Пугач Е.С.)

Признак договора страхования:



Впервые заключаемый



Возобновление договора страхования №20/21/165/26 от
27.02.2021

Договор (Полис) № 180/22/165/26

Страхование гражданской ответственности
Корпоративные виды | ПАО СК «Росгосстрах»
e-mail: LL@RGS.ru

стр. 4

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ БУХГАЛТЕРА (БУХГАЛТЕРСКОЙ ФИРМЫ)

Знаком «*» помечены поля, обязательные к заполнению.
Заявление, в котором не заполнены такие поля, считается недействительным.

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ			
1.1 Заявитель:		Общество с ограниченной ответственностью "Рада" (ООО "Рада")	
ОГРН	1135024008063	Дата регистрации	05.12.2013
Наименование регистрирующего номера	Инспекция Федеральной Налоговой Службы по г.Красногорску Московской Области		
ИНН:	5024140937		
Банковские реквизиты:	р/сч 40702810610000055522 БИК 044525974 Банк АО «Тинькофф Банк» к/сч 30101810145250000974		
1.2. Руководитель:		Управляющий - индивидуальный предприниматель Пугач Евгения Сергеевна	
1.3. Адрес места нахождения и регистрации:		Адрес места нахождения: 143405, Московская обл, г Красногорск, ул. Заводская, 18, оф. 529 Адрес регистрации: 143405, Московская обл, г Красногорск, б-р Москворецкий, 1, оф. 5	
1.4. Контактный телефон	+7 (459) 789-39-86 (офис), +7 905 787-22-60		
1.5. Факс:			
1.6. Адрес электронной почты	esp@rada.msk.ru, info@rada.msk.ru		
1.7. Паспортные данные индивидуального предпринимателя (заполнение обязательно для индивидуальных предпринимателей)			
1.8. Дата рождения (заполнение обязательно для индивидуальных предпринимателей)			
1.9. Гражданство (заполнение обязательно для индивидуальных предпринимателей)			

***2. Номер лицензии, дата выдачи:**

***3. Дата начала деятельности организации:** 05.12.2013

***4. Изменялись ли за последние 5 лет: наименование, организационно-правовая форма компании, адрес местонахождения или регистрации?**

☒ ДА ☐ НЕТ

Если да, то укажите прежнее наименование и/или адрес: фактич. адрес: МО, г.Красногорск, ул.Вокзальная 18 Б, оф 57

***5. Имело ли за последние 5 лет место поглощение другой компании или слияние с другой компанией?**

☐ ДА ☒ НЕТ

Если да, укажите подробности:

6. СВЕДЕНИЯ О РУКОВОДСТВЕ И РАБОТНИКАХ СТРАХОВАТЕЛЯ:

***6.1. Количество штатных работников страхователя**

Руководство: 1 Бухгалтеры: 8 Вспомогательные работники 1

***6.2. Сведения о руководстве и бухгалтерах:**

Полное имя	Должность	Квалификация	Стаж работы
Пугач Евгения Сергеевна	Руководитель		
Головунина Юлия Александровна	бухгалтер		

Кольчурина Марина Леонидовна	бухгалтер		
Ладыгина Елена Павловна	бухгалтер		
Петюр Елена Николаевна	бухгалтер		
Оруджева Майя Львовна	бухгалтер		
Пищенко Мария Дмитриевна	бухгалтер		
Умярова Дария Михайловна	бухгалтер		
Недобежков Михаил Андреевич	менеджер		
Тимченко Елена Андреевна	бухгалтер		

Примечание: если число руководителей и работников-аттестованных бухгалтеров превышает 10 человек, то укажите соответствующие сведения на Дополнительном листе №1

7. Валовая выручка (за прошедший год) бухгалтерской фирмы (для индивидуальных предпринимателей – совокупная сумма вознаграждений от бухгалтерской деятельности) за год:

От клиентов-резидентов

От клиентов-нерезидентов

8. Максимальный гонорар, полученный от одного клиента (за прошедший год)

426 000 рублей (за месяц)

*9. Укажите соотношение объема деятельности (вознаграждений) в % от разных видов бухгалтерской деятельности:

	За прошлый год	за текущий год (прогноз)
Постановка, восстановление и ведение бухгалтерского учета, составление финансовой (бухгалтерской) отчетности, бухгалтерское консультирование;	82,6	20 %
Налоговое и правовое консультирование;	17,4	20
Анализ финансово-хозяйственной деятельности организаций и индивидуальных предпринимателей, экономическое и финансовое консультирование; управленческое консультирование, в том числе связанное с реструктуризацией организаций;		
Разработка и анализ инвестиционных проектов, составление бизнес-планов;		
Оказание других услуг, указать каких именно:		

10. Работы, проведенные за рубежом либо для нерезидентов:

10.1. Доля услуг, оказанных нерезидентам (доля полученных от них вознаграждений): 0 %

СНГ	%	Европейский союз	%	США/Канада	%	Прочие страны	%
-----	---	------------------	---	------------	---	---------------	---

10.2. Доля услуг, оказанных за пределами РФ (доля полученных за такие работы вознаграждений): %

СНГ	%	Европейский союз	%	США/Канада	%	Прочие страны	%
-----	---	------------------	---	------------	---	---------------	---

11. Сведения о средствах регистрации корреспонденции, входящих телефонных звонков, других контактов с клиентами; об организации хранения документов:

Все телефонные разговоры регистрируются, аудиозаписи хранятся с помощью сервисов МангоТелеком, переписки с клиентами и поставщиками ведутся только с рабочих электронных адресов. Хранение документов некоторых клиентов организовано в офисе, других клиентов - в офисах самих клиентов.

Делопроизводство ведется сотрудниками в соответствии с нормативными актами и другими регламентирующими документами.

12. Сведения о средствах и процедурах контроля качества, лицо, ответственное за контроль качества (ФИО, должность):

Периодическая бухгалтерская проверка и консультирование по договору с ИП Машукова Н.П.

13. Сведения об услугах, оказываемых аффилированным лицам и другим лицам, которые в силу участия в капитале могут влиять на принятие решений страхователем:

ведение бух.учета - руководитель ООО "Рада" является фин.директором ООО "Спайси"

14. Оказывает ли Страхователь одновременно услуги по аудиту и по ведению бухгалтерского учета, составлению отчетности, налоговые консультации одним и тем же лицам? Какие ограничения действуют в организации-Заявителе на этот счет?

Да, оказывает. Ограничений нет.

*** 15. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСКАХ И ПРЕТЕНЗИЯХ**

* 15.1. Предъявлялись ли требования (как в судебном, так и во внесудебном порядке) о возмещении убытков (иски и претензии) к Заявителю:

☐ ДА ☒ НЕТ

Если Вы ответили «Да», укажите соответствующие сведения на Дополнительном листе №2 или приложите такие сведения отдельно.

* 15.2. Известны ли кому-либо из работников Заявителя обстоятельства или события, которые могут послужить причиной возникновения таких требований (исков и/или претензий) (если да, то укажите соответствующие сведения на Дополнительном листе №2 или приложите такие сведения отдельно):

☐ ДА ☒ НЕТ

*** 16. СТРАХОВАНИЕ:**

* 16.1. Предыдущее страхование:

Страховали ли Вы ответственность раньше.

☒ ДА ☐ НЕТ

Если да, укажите страховую компанию, срок страхования и страховую сумму:

Страховщик: ПАО СК «РОСГОССТРАХ, срок страхования с /24.03.2021/ по 23.03.2022/, страховая сумма: /5 000 000-00;

Укажите также число лет непрерывного страхования: 3

16.2. Заявитель просит заключить договор страхования на основании Правил страхования ответственности лиц, оказывающих профессиональные услуги, и настоящего Заявления в соответствии со следующими условиями страхования:

* 16.2.1 Срок страхования с /24.03.2022/ по /23.03.2023/

* 16.2.2 Страховая сумма /5 000 000,00

Страховая сумма на один страховой случай: /5 000 000,00

Лимит возмещения для расходов на юридическую защиту /

(не более 10% от страховой суммы по одному страховому случаю, если не установлен, расходы на юридическую защиту возмещению не подлежат)

Лимит возмещения для расходов по урегулированию убытков /

(не более 10% от страховой суммы по одному страховому случаю, если не установлен, расходы по урегулированию убытков возмещению не подлежат)

Лимит возмещения для утраты документов и вверенного Заявителю имущества: /5 000 000,00

(Если лимит не установлен, покрытие для утраты документов и вверенного Заявителю имущества не предоставляется)

*16.2.3 Возможная безусловная франшиза: 20 000,00

*16.2.4 Валюта для расчета страховых сумм: Рубли РФ ☒ Другая

16.3. Прочее: _____

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

- ☐ Дополнительный лист №1 – перечень работников - бухгалтеров и сведения о них.
- ☐ Дополнительный лист №2 – сведения о требованиях возмещения (иски и претензии), предъявленных Заявителю за последние 5 лет и об известных обстоятельствах, которые могут привести к предъявлению таких исков и (или) претензий.

Заявитель настоящим подтверждает, что он ознакомлен с положениями Правил страхования ответственности лиц, оказывающих профессиональные услуги № 165, Дополнительных условий № 3, что сведения, указанные в данном Заявлении являются полными и достоверными, что он осведомлен об ответственности за содержание предоставленной информации.

Примечание: сведения, указанные в настоящем Заявлении, имеют существенное значение для определения степени риска при заключении Договора страхования.

Заявитель – юридическое лицо, подтверждает, что он получил согласие на обработку и использование персональных данных физических лиц (его сотрудников), указанных в настоящем Заявлении, с целью принятия решения о возможности заключения и определения условий договора страхования (перестрахования). Настоящее согласие действует до момента его отзыва, и также распространяется на срок действия договора страхования в случае его заключения. Порядок отзыва определяется в соответствии с законодательством РФ

И.т. Губавинский Игорь Э.С.
(должность, Ф.И.О. (подпись))



«15» марта 2022 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ №1

К заявлению на страхование профессиональной ответственности бухгалтеров

ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТНИКОВ – БУХГАЛТЕРОВ И СВЕДЕНИЯ О НИХ

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Квалификация, №№ аттестатов	
Стаж работы по специальности (только после получения квалификационного аттестата)	_____ лет

При необходимости продлите данный лист

(должность, Ф.И.О. (подпись))

М.П.

«__» _____.г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ №2

Сведения о требованиях возмещения (об исках и/или претензиях), предъявленных Заявителю и об известных обстоятельствах, которые могут привести к предъявлению таких требований (исков и/или претензий)

Дата

Заявленная сумма	
Суть иска (претензии)	
Результат урегулирования	

Дата

Заявленная сумма	
Суть иска (претензии)	
Результат урегулирования	

Дата

Заявленная сумма	
Суть иска (претензии)	
Результат урегулирования	

Дата

Заявленная сумма	
Суть иска (претензии)	
Результат урегулирования	

Дата

Заявленная сумма	
Суть иска (претензии)	
Результат урегулирования	

Обстоятельства или события, которые могут послужить причиной возникновения исков или претензий, а также сумма возможного требования	
--	--

(должность, Ф.И.О. (подпись))

М.П.

«__»_____.г.