

Frågeformulär Förmögenhetsbrottsförsäkring

Allmänna uppgifter

Företagets namn och organisationsnummer:		
Verksamhet:	Sedan vilket år bedrivs verksamheten?	
Årslönekostnad (fast anställda):	Årslönekostnad (inhyrd personal):	
Årsomsättning:	Antal anställda:	
Önskat försäkringsbelopp: <input type="checkbox"/> 1 MSEK <input type="checkbox"/> 2 MSEK <input type="checkbox"/> 5 MSEK <input type="checkbox"/> 10 MSEK Annat:		
Är företaget börsnoterat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är ja sedan när?	
Bedriver företaget verksamhet utanför Norden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, specificera:	
Maximalt belopp pengar, stödbegärlig egendom eller annan värdefull egendom:		
I försäkringslokal:	Under transport:	I värdeskåp:
Utförs kontroll av bakgrund av arbetssökande i samband med anställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Utförs kontinuerlig revision av extern revisor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sker kontroll vid och efter utbetalningar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sker kontroll av utbetalningar av annan person än den som gjort den aktuella utbetalningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kan betalningsinstruktioner ges till något konto som ej har godkänts i förväg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har företaget tidigare varit utsatt för något förmögenhetsbrott? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilka åtgärder har vidtagits för att förhindra detta i framtiden?		
Används individuella lösenord för att medge access till olika behörighetsnivåer i datasystemen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dras lösenord automatiskt tillbaka när anställningen upphör? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Är datasystemen skyddade genom brandväggar mot obehörigt intrång? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Finns det kännedom om fel eller brister som kan medföra skada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har företagets nekats ny försäkring eller förnyelse av befintlig försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Underskrift

Undertecknad(e) som äger teckna företagets firma eller är försäkringsansvarig(a) intygär härmed på heder och samvete att ovanstående frågor har besvarats sanningsenligt.

Ort	Datum	Namn
-----	-------	------