

Polisa nr \_\_\_\_\_

## BADANIE WYMAGAŃ I POTRZEB – OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO

### Ubezpieczenie Allianz Doradca

<b>Czy Twój klient wykonuje zawodowo czynności doradztwa podatkowego w jednej z poniższych form?</b>	1) prowadzenie ksiąg podatkowych i innych ewidencji dla celów podatkowych oraz udzielania bezpośredniej pomocy w tym zakresie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2) sporządzanie zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielania bezpośredniej pomocy w tym zakresie,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3) reprezentowanie Ubezpieczonego w postępowaniu przed organami administracji publicznej i w zakresie sądowej kontroli decyzji, postanowień i innych aktów administracyjnych w sprawach z zakresu obowiązków podatkowych i celnych oraz w sprawach egzekucji administracyjnej związanej z tymi obowiązkami,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4) przeprowadzanie bezpośrednich badań i oceny prawidłowości prowadzenia rozliczeń podatkowych i sporządzania dokumentacji podatkowej oraz prawidłowości i rzetelności prowadzenia ksiąg podatkowych i innych ewidencji do celów podatkowych (audyt podatkowy),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5) sporządzanie projektów, regulaminów, procedur i dokumentacji wewnętrznej firmy dla celów podatkowych, np. regulaminu fakturowania, dokumentacji cen transferowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Czy Twój klient prowadzi działalność zawodową w którymś z poniższych zawodów:</b>	radcowie prawni, doradcy podatkowi, adwokaci, notariusze, biegli rewidenci, podmioty usługowo prowadzące księgi rachunkowe, doradcy finansowi, komornicy, rzecznicy patentowi, doradcy inwestycyjni, brokerzy ubezpieczeniowi, księgowi (biura rachunkowe) oraz wszelkie jednostki organizacyjne wykonujące usługi o charakterze doradczym, prawniczym, księgowym i audytorskim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczenie dotyczące przeprowadzenia badania wymagań i potrzeb klienta stosownie do art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017 poz. 2486).

**Potwierdzam prawdziwość odpowiedzi udzielonych w procesie badania wymagań i potrzeb.**

Miejscowość i data

Podpis ubezpieczającego

Pieczęć i podpis przedstawiciela TUIR Allianz Polska S.A.