СТРАХОВОЙ ПОЛИС

К ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ БУХГАЛТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ № 433-702-248939/26 от 26.10.2026 г.

Настоящий Страховой полис является краткой выдержкой из Договора страхования №433-702-248939/26 от 26.10.2026 г. (далее – Договор страхования) и подтверждает факт его заключения. По Договору страхования застрахована ответственность Страхователя в соответствии с условиями Договора страхования, Общими условиями по страхованию профессиональной ответственности СПАО «Ингосстрах» от 27.01.2025 г. (далее – Правила страхования).

СТРАХОВАТЕЛЬ:	**ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС:**
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «АСБУХ»	г. Калининград, ул. Горького, д.164, оф.3
ЗАСТРАХОВАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:	**ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ:**
Деятельность по оказанию бухгалтерских услуг в соответствии с условиями Договора страхования	Российская Федерация

ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ:	**СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:**	**РЕТРОАКТИВНАЯ ДАТА:**
с 27.10.2026 по 26.10.2027	12 месяцев	27.10.2026

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ (РИСКИ):	**ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ:**	**ФРАНШИЗА:**
Риск наступления ответственности Страхователя за причинение вреда (убытков) имущественным интересам Третьих лиц в результате непреднамеренных ошибок и/или упущений, допущенных при осуществлении Застрахованной деятельности	10 000 000,00 рублей по одному страховому случаю	**0 рублей**
СТРАХОВАЯ СУММА по Договору страхования:	**10 000 000,00 рублей**	**0 рублей**

ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ:

1. Третьими лицами являются Заказчик, заключивший договор на оказание услуг со Страхователем и иные третьи лица, которым может быть причинён имущественный вред (убытки) при осуществлении Страхователем Застрахованной деятельности.
2. Страховая защита распространяется исключительно на имущественные претензии (требования о возмещении вреда (убытков), заявленные Страхователю в течение Периода страхования.
3. Страховая защита распространяется на страховые случаи, ставшие следствием непреднамеренных ошибок и упущений, допущенных при осуществлении Страхователем Застрахованной деятельности после Ретроактивной даты.
4. Данный Страховой полис подтверждает факт заключения Договора страхования ответственности при осуществлении бухгалтерской деятельности на условиях, содержащихся в Договоре страхования, и не имеет самостоятельной юридической силы.
5. При обнаружении (наступлении) обстоятельств, имеющих признаки страхового случая, в течение 3 (трех) рабочих дней сообщите Страховщику по телефону: +7(495) 641-41-70 или по электронной почте profclaims@ingos.ru

СТРАХОВЩИК:

Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»
115035, Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр.2
ИНН: 7705042179
Расч. сч. 40701810200010000001 в АО Банк Инго
Кор. сч. 30101810845250000148
БИК 044525148
КПП 770501001
Тел: +7(499)973-92-03,
Эл. адрес: prof-msk@ingos.ru

От Страховщика:

Языкова М. В., Зам. директора по корпоративному бизнесу Филиала в Калининградской области, Доверенность №4119638-702/26 от 24.02.2026г.



СПАО «Ингосстрах». Лицензии ЦБ РФ без ограничения срока действия на осуществление страхования СИ № 0928, СЛ № 0928, ОС № 0928-03, ОС № 0928-04, ОС № 0928-05 и на осуществление перестрахования ПС № 0928, выданные 23.09.2015, ОС № 0928-02, выданная 28.09.2016.