

ADVOKATFORSIKRINGEN

For medlemmer av Advokatforeningen

GRUNNDEKNING

SKJEMA 1

Søknad om innmelding i den kollektive sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikringen.

Jeg søker med dette om å delta i den kollektive sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikringen. Jeg er innforstått med at deltagelse innebærer profesjonsansvarsforsikring på 5 millioner kroner for hver advokatfullmektig dersom jeg er prinsipal. Ønske om forhøyede forsikringssummer må registreres på skjema 5.

Dette skjemaet benyttes også ved eventuell senere innmelding av ny(e) advokatfullmektig(er)

Sendes til

Advokatforeningen, Kristian Augusts gate 9, 0164 Oslo

Deltagelse i ordningen fra dato

DATO	
------	--

Advokat

NAVN		FØDSELSNR.	
------	--	------------	--

Advokatfullmektig(er)

NAVN		FØDSELSNR.	
NAVN		FØDSELSNR.	
NAVN		FØDSELSNR.	
NAVN		FØDSELSNR.	

Dersom advokatfullmektigene er autorisert for flere advokater oppgi her advokatenes navn

NAVN		NAVN	
NAVN		NAVN	
NAVN		NAVN	

Advokatfirma/kontorfelleskapet

NAVN	
ADRESSE	

Deklarasjon av skader/krav

Har undertegnede kjennskap til følgende forhold innenfor de siste tre år, vedrørende de(n) person(er) som skal inkluderes i forsikringen:

Erstatningssøksmål reist mot, eller varsel om at slikt vil bli fremmet.

Hvis ja, vennligst vedlegg separat forklaring

JA

NEI

Er du/dere medlem av Advokatforeningen?

Hvis ikke, fyll ut søknadsskjema på www.advokatforeningen.no og returnér det sammen med denne søknaden om forsikring

NAVN		UNDERSKRIFT *
STED		
DATO		

* Skjemaet signeres av advokat dersom det gjelder innmelding av ny(e) fullmektig(er)