

ADVOKATFORSIKRINGEN

For medlemmer av Advokatforeningen

BEDRIFTSADVOKAT Virksomhet iht. dl. § 233 a

SKJEMA 3

Søknad om innmelding i den kollektive sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikringen.

Jeg søker med dette om å delta i den spesialtarifferte sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikringen for advokater ansatt hos arbeidsgiver som ikke driver advokatvirksomhet. Jeg er klar over de begrensninger som følger av dette valget.

Jeg er videre innforstått med at forsikringen innebærer formuesskadebrevpåløst på 5 millioner kroner for hver advokatfullmektig dersom jeg er prinsippal.

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	

Bedrift

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)