

ADVOKATFORSIKRINGEN

For medlemmer av Advokatforeningen

DELTIDSANSATTE

SKJEMA 6

Søknad om innmelding i den kollektive sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikringen.

Jeg søker med dette om å delta i den kollektive sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikringen.

Sendes til
Advokatforeningen, Kristian Augusts gate 9, 0164 Oslo

Deltagelse i ordningen fra dato

DATO

Praktiserende advokat

NAVN

FØDSELSNR.

Ansatt i advokatfirma (angi Prinsipal)

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

Erklæring fra arbeidsgiver

Det bekreftes herved at nevnt advokat/advokatfullmektig er ansatt i 50 % stilling eller lavere.

NAVN

ARBEIDSGIVERS SIGNATUR