

Søknad om sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikring for deltidsansatte

Deltidsansatt advokat/advokatfullmektig

Forsikring ønskes fra dato

Navn Fødselsdato

E-post Ja, jeg samtykker til å motta mine forsikringsdokumenter per e-post

Jeg samtykker til at Advokatforeningen kan innhente og benytte mitt fødselsnummer ved utstedelse av bevis for sikkerhetsstillelse som sendes Tilsynsrådet for advokatvirksomhet.

Dato Underskrift

Om Advokatforeningens behandling av personopplysninger i forbindelse med forsikringsdekningen se advokatforeningen.no

Dersom den deltidsansatte er advokatfullmektig, må følgende felt fylles ut

Prinsipalens navn Fødselsdato

E-post Ja, jeg samtykker til å motta mine forsikringsdokumenter per e-post

Advokatfirma

Navn Adresse

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

Dato Underskrift

Skadeerklæring

Har det innenfor de siste tre år blitt registrert advokatansvarssak hos forsikringsselskap, rettet erstatningssøksmål eller gitt varsel om erstatningssøksmål mot den eller de som skal inkluderes i forsikringen? Ja Nei

Har du kjennskap til omstendigheter som kan medføre et advokatansvarskrav? Ja Nei

Hvis ja, vennligst vedlegg separat forklaring.

Ja, jeg samtykker til å motta mine forsikringsdokumenter per e-post

Jeg søker med dette om å delta i Advokatforeningens kollektive sikkerhetsstillelse og profesjonsansvarsforsikring. Dersom den deltidsansatte er advokatfullmektig, skal skjemaet signeres av prinsipalen.

Dato Underskrift

Dersom prinsipal eller fullmektig ikke er medlem av Advokatforeningen, må dere samtidig [søke om medlemskap på advokatforeningen.no](http://advokatforeningen.no)