

**Beiðni um starfsábyrgðartryggingu
Lögmanna**

Vátryggingartaki (greiðandi)

Kennitala:

Heimilisfang

Staður

Sími/netfang

Nafn forsvarsmanns: _____

Kennitala: _____

Starfsábyrgðin gildir fyrir eftirfarandi aðila:

_____ Kennitala: _____

_____ Kennitala: _____

_____ Kennitala: _____

Upplýsingar um menntun og fyrri störf:

Aðrir starfsmenn í þjónustu umsækjanda

Nafn:

Kennitala:

Menntun:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Umfang starfseminnar

Heildarvelta: _____

Greidd vinnulaun á síðasta ári (eða áætlað fyrir næsta ár): _____

Gefið stutta lýsingu á því að hvernig hagað er meðferð og vörslu fjár viðskiptavina, sem umsækjandi

veitir móttöku fyrir hönd annara: _____

Vátryggingafélag Íslands hf.

Hefur verið gerð krafa á umsækjanda vegna meintra mistaka eða svika í starfi?

Já Nei

Ef já, hvenær: _____

Fjárhæð kröfu: _____

Niðurstaða máls: _____

Hefur umsækjandi verið ákærður? _____

Hefur annað tryggingafélag hafnað umsókn um sams konar tryggingu? _____

Ef svar við einhverri af spurningunum er jákvætt þarf greinargerð að fylgja umsókn.

Annað sem umsækjandi vill greina frá: _____

Ég undirrit _____ legg það við drengskap minn að framangreindar upplýsingar eru réttar og gefnar eftir bestu vitund.

Mér er ljóst að rangar upplýsingar geta valdið missi vátryggingarbóta. Jafnframt skuldbind ég mig til þess að tilkynna félaginu um allar

þær breytingar er kunna að verða á framangreindum upplýsingum, og geta haft áhrif á áhættumat félagsins.

Jafnframt skuldbind ég mig til þess að láta félagið vita ef nýir starfsmenn verða ráðnir til starfa á vátryggingartímabilinu.

Vátryggingin tekur ekki gildi fyrr en beiðnin hefur verið samþykkt af félaginu.

Staður

_____/_____/200_____
Dags.

Undirskrift vátryggingartaka

Fyllist út af Vátryggingafélagi Íslands hf.

Umboð: _____ Sölumaður: _____ Söllumannsnúmer: _____

Samþykkt af: _____ Dags.: _____