

AVUKAT MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

| | | | | |
|-------------|------------------|---------------------------------------|---------------|-----------------|
| Acente kodu | Şube kodu | Yeni müşteri <input type="checkbox"/> | Müşteri no | Müşteri grup no |
| Police no | Başlangıç tarihi | Bitiş tarihi | Police süresi | |

1. Sigorta Ettirenin

| | | | |
|------------------|--------------------------------|--|--------|
| Adı/Unvanı | Soyadı | | |
| Doğum tarihi | Doğum yeri | Mesleği | |
| Baba adı | TC kimlik no (gerçek kişi ise) | TC vatandaşı değil ise Yabancı Kimlik No/Vergi Kimlik No | Uyruğu |
| Vergi kimlik no* | Vergi dairesi* | Vergi dairesi ili* | |

* Gerçek kişi değil ise doldurulacaktır.

Adresi

Serbest Adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

| | | | | |
|--|-------------|--------------|---------|------------|
| Köy/Mahalle | Cadde | Sokak | | |
| Apt. <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Çarşı <input type="checkbox"/> Pasaj <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> vb.'nin Adı | Bina no | Daire no | Kat | Posta kodu |
| Semt | İlçe | İl | E-posta | |
| Ev telefonu | İş telefonu | Cep telefonu | Faks | |

2. Sigortalının

| | | | | |
|----------------|---------------|--------------|---------------------|---------------|
| Adı | Soyadı | Doğum tarihi | | |
| Mezuniyet yılı | Ruhsat tarihi | TBB sicil no | Kayıtlı olduğu baro | Baro sicil no |

İş adresi

Serbest Adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

| | | | | |
|--|-------------|--------------|---------|------------|
| Köy/Mahalle | Cadde | Sokak | | |
| Apt. <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Çarşı <input type="checkbox"/> Pasaj <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> vb.'nin Adı | Bina no | Daire no | Kat | Posta kodu |
| Semt | İlçe | İl | E-posta | |
| Ev telefonu | İş telefonu | Cep telefonu | Faks | |

3. Sigortalının çalışma şekli

- Kendi bürosunda Avukatlık ortaklığı Özel hukuk tüzel kişinin sürekli avukatlığı
 Aynı büroda birlikte çalışma Avukat yazıhanesinde ücret karşılığında çalışma Kamu avukatlığı

4. Ölüm halinde tazminatın ödeneceği kişi/kurumun

| | | | |
|------------|--------|--|--|
| Adı/Unvanı | Soyadı | | |
|------------|--------|--|--|

5. Sigortalı hakkında daha önce mesleki disiplin soruşturması açıldı mı?

Evet Hayır

Evet ise açıklayınız. _____

6. Daha önce sigortalının Baro levhasından silindiği oldu mu?

Evet Hayır

Evet ise açıklayınız. _____

7. Sigortalının üye olduğu mesleki birlik/dernek/kuruluşların ad(lar)ını yazınız.

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

8. Sigortalının mezuniyet sonrası mesleğini yürüttüğü yerler ve tarihleri (gerekirse sayfa ekleyiniz.)

| Yer | Süre |
|-------|---------------------------|
| _____ | ___/___/___ - ___/___/___ |
| _____ | ___/___/___ - ___/___/___ |
| _____ | ___/___/___ - ___/___/___ |

9. Faaliyetlerle ilgili bilgiler

Tahmini cari mali yıl geliri _____

Bir önceki yılın geliri _____

10. Sigortalı avukatın ağırlıklı olarak çalıştığı dava türleri

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> İdari davalar | <input type="checkbox"/> Vergi davaları |
| <input type="checkbox"/> İş davaları | <input type="checkbox"/> Aile hukukundan kaynaklanan davalar |
| <input type="checkbox"/> Ceza davaları | <input type="checkbox"/> İcra/iflas davaları |
| <input type="checkbox"/> Fikri mülkiyet davaları | <input type="checkbox"/> Diğer _____ |

11. Sigortalı daha önce mesleki faaliyet konusunda bir sigorta yaptırmış mıdır? Evet Hayır

Yanıtınız Evet ise, lütfen aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

| Sigorta şirketi | Sigorta süresi | Teminat limiti | Muafiyet |
|-----------------|----------------|----------------|----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

12. Sigortalının daha önceki bir sigorta talebi reddedildi mi? Evet Hayır

Daha önceki bir sigorta için,

- prim artırım talep edildi mi?

 Evet Hayır

- özel kısıtlamalar getirildi mi?

 Evet Hayır

- iptal edildiği ya da yenilenmediği oldu mu?

 Evet Hayır

Evet yanıtları için lütfen bilgi veriniz.

13. Son 5 yıl içinde mesleki hatalardan dolayı sigortalının kendisi veya herhangi bir ortağı aleyhine dava açılmış ya da tazminat talebinde bulunmuş mudur? Evet Hayır

Yanıtınız Evet ise, lütfen gerekçesini ve aşağıdaki bilgileri belirtiniz.

| Olay tarihi | Talep tarihi | İstenen (TL) | Ödenen (TL) | Ödenecek (TL) |
|-------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| | | | | |

14. Sigortalının kendisi veya herhangi bir ortağı, tazminat talebine yol açabilecek herhangi bir olaydan haberdar mıdır? Evet Hayır

Evet ise açıklayınız.

15. İstenen teminat limiti

Mesleki Sorumluluk teminatına ilişkin olarak olay başına ve toplam teminat limiti belirtiniz.

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 50.000 TL | <input type="checkbox"/> 200.000 TL |
| <input type="checkbox"/> 100.000 TL | <input type="checkbox"/> 250.000 TL |
| <input type="checkbox"/> 150.000 TL | <input type="checkbox"/> 500.000 TL |

AVUKAT MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU (devam)

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, hasar bildirim ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan Genel Şart, Özel Şart ve Klozlarda yer almaktadır.

Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Sigorta Bölge Müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Bu form, imzalanmasına rağmen teklif sahibi ve/veya sigortacı için sigorta sözleşmesinin gerçekleşmesi açısından bağlayıcı olmayacaktır.

Bu soru formunda beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinden doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Ödeme Türü

Peşin

Vadeli

Ödeme Şekli

Nakit Kredi kartı

Çek Otomatik ödeme

UYARI: Kredi kartı veya hesaben ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimat Formu doldurulması halinde geçerlidir.

Tarih

Sigorta Ettiren (İmza - Kaşe)

| | | |
|--------------|------------------------|--------------------------|
| Acente | Düzenleyen Ad Soyad | Kontrol Eden Ad Soyad |
| Tarih - Saat | Tarih | Tarih |
| İmza / Kaşe | İmza / Kaşe | İmza / Kaşe |