

Vinsamlega fyllið vel út í alla reiti. Allar upplýsingar sem upp eru gefnar eru meðhöndlaðar sem trúnaðarmál af hálfu félagsins.

### 1. Vátryggingartaki (greiðandi)

Nafn		Kennitala
Heimilisfang		Staður og póstrn.
Tengiliður	Sími	e-mail

### 2. Vátryggingin

Óskað er eftir því að vátryggingin gildi fyrir eftirtalda lögmenn:

Nafn	Kennitala	Hvenær málfutningsréttindi

Fjöldi fulltrúa \_\_\_\_\_ Fjöldi annarra skrifstofumanna \_\_\_\_\_

Vátryggingafjárhæð ef önnur en lögboðin \_\_\_\_\_

Vátryggingin taki gildi frá dags. \_\_\_\_\_

### 3. Starfsemin

Vinsamlega gerið grein fyrir hvernig starfsemin skiptist í meginatriðum:

Innheimtumál (%)	Málflutningur (%)	Ráðgjöf (%)
Skipti (%)	Annað (%)	
Ársvelta rekstrar		
Eru lögmennirnir (ef fleiri en einn) með sameiginlega starfsstofu og bera þeir óskipta bótaábyrð á störfum hvors annars? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		

#### 4. Yfirlýsingar

Hefur einhver hinna váttryggðu orðið bótaskyldur vegna mistaka í starfi?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Ef svo er vinsamlegast tilgreinið nánar hér að neðan.		
Hefur einhver hinna váttryggðu vitneskju um eða ástæðu til að ætla að á hann verði gerð krafa sem enn er ekki komin fram?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Ef svo er vinsamlegast tilgreinið hér að neðan.		

#### 5. Undirritun og yfirlýsing

Ég undirritaður staðfesti að upplýsingar sem fram koma á þessari váttryggingabeiðni eru réttar skv. bestu vitund. Ég undirritaður geri mér jafnframt grein fyrir því að rangar upplýsingar geta leitt til takmörkunar eða missis bótaréttar skv. lögum um váttryggingarsamninga nr. 20/1954

Staður/dagsetning

Undirritun váttryggingartaka

Undirritun váttryggingamiðlara/starfsmanns