

Advokaadi kutsetegevuse vastutuskindlustuse sooviavaldus

Käesoleva sooviavalduse esitaja kohustub esitama kindlustusandjale tõest ja täielikku informatsiooni ning teavitama kindlustusandjat kõigist teadaolevatest asjaoludest, mis võivad mõjutada kindlustusandja otsust kindlustuslepingu sõlmimisel või kindlustuslepingu sõlmimist eritingimustel. Juhul, kui küsitud informatsioon ei mahu käesoleva avalduse ankeedile, palume esitada see eraldi lehel, kasutades võimaluse korral Teie ettevõtte ametlikku kirjablanketti.

1. KINDLUSTUSVÕTJA ANDMED

Ärinimi / Ees- ja perekonnanimi

Registrikood / Isikukood

E-posti aadress

Peakontori aadress / Elukoha aadress

Tänav, maja nr, korteri nr (kinnistu, talu, küla) sihtnumber, linn või vald, maakond

Asutamise aasta

Aksia- või osakapitali suurus

Õiguseellase nimi

Registrikood

Kas Teie bürool on harukontoreid lisaks peakontorile?

JAH EI

Kui jah, palume näidata ära nende aadressid (tänav, maja nr, korteri nr (kinnistu, talu, küla), sihtnumber, linn või vald, maakond)

Esindaja ees- ja perekonnanimi

Isikukood

Esindaja telefon

E-posti aadress

2. KINDLUSTAMINE

Soovitud kindlustussumma kindlustusperioodi peale kokku:

64 000 € 100 000 € 250 000 € 500 000 € 1 000 000 € Muu €

Soovitud hüvitamise ülempiir üksikjuhtumi kohta:

64 000 € 100 000 € 250 000 € 500 000 € 1 000 000 € Muu €

Soovitud omavastutus:

500 € 1000 € 2500 € 5000 € 10 000 € Muu €

Soovime, et kindlustusperiood on alates: kuupäev (pp.kk.aaaa) / kuni /

Soovime, et tagasiulatav kindlustuskaitse on alates: kuupäev (pp.kk.aaaa) /

Soovime pankrotihalduri kutsetegevusest tulenevat lisakindlustuskaitset JAH EI

Soovime dokumentide kaotuse lisakaitset summas € JAH EI

Soovitud kehtivuspiirkond: Eesti Baltikum Euroopa Liit Muu

Kas Teie bürool on hetkel kehtiv advokaatide erialase vastutuskindlustuse leping? **JAH** **EI**

Kui jah, siis esitage andmed kindlustusvõtja viimase 3 aasta jooksul sõlmitud vastutuskindlustuse lepingute kohta

Kindlustusandja	Kindlustussumma	Omavastutus	Kindlustusmakse	Kindlustusperioodi lõpp

3. RISKIHINDAMINE

3.1 Palume täita kõik lahtrid eraldi. Kui Teie ettevõtte puhul on tegemist alles alustava advokaadibürooga, palume esitada lisaks allolevale informatsioonile ka Curriculum Vitae iga kindlustatava isiku (partner, vandeadvokaat, advokaat, konsultant, jurist, abi) kohta.

NB! Juhul, kui Teie ettevõtte kasutab oma tegevuses lisaks sisseostetavat õigusteenust, palume info isikute kohta lisada allolevasse tabelisse.

Nr	Töötaja ees- ja perekonnanimi	Isikukood või sünniaeg	Töötaja staatus (partner, vandeadvokaat, advokaat, konsultant, jurist, abi jne)	Kindlustusperioodi lõpp

Töötajate arv kokku (numbritega)

Vandeadvokaadid	Vanemabid	Advokaadid	Juristid, konsultandid, abid	Muu personal

3.2 Tegevusalade loetelu (täisarvuni ümardatud protsentuaalne määr kogu vaadeldava finantsaasta brutokäibest)

	Tegevusala	Käesolev finantsaasta	Järgmine finantsaasta
1	Korporatsiooni- ja äriõigus	%	%
2	Ettevõtete restruktureerimine	%	%
3	Pangandus, kindlustus, muu finantstegevus	%	%
4	Kinnisvara	%	%
5	Pankrotiõigus	%	%
6	Kriminaalõigus	%	%
7	Haldusõigus	%	%
8	Transpordi- ja merendusõigus	%	%
9	Maksundusõigus	%	%
10	Tööõigus	%	%
11	Perekonnaõigus	%	%
12	Intellektuaalse omandi õigus	%	%
13	Ehitusõigus ja energeetika	%	%
		%	%
		%	%

3.3 Palgafondi suurus käesoleval finantsaastal€; järgmise finantsaasta prognoos €

3.4 Käibe suurus käesoleval finantsaastal€; järgmise finantsaasta prognoos €

3.5 Kas Teie büroo spetsialiseerub mingis konkreetses tegevusvaldkonnas või kliendigrupis? **JAH** **EI**

Kui vastasite jaatavalt, palume täpsustada (vajadusel kasutage lisalehte):

.....
.....

3.6 Kas alates Teie büroo asutamisest on esitatud nõudeid või on alustatud menetlust seoses ametialase eksimuse või hooletusega büroo, harukontori, praeguse või endise osaniku/aktsionäri/partneri, advokaadi, õigusnõuniku, assistendi või muu kaastöötaja vastu?

JAH **EI**

Kui vastasite jaatavalt, palume kirjeldada üksikasjaliselt esitatud nõuet ja asjaolusid (vajadusel kasutage lisalehte):

.....
.....
.....

3.7 Kas Teie büroo osanik/aktsionär/partner, advokaat, õigusnõunik, assistent või muu töötaja on teadlik mistahes asjaoludest, mis võivad põhjustada nõuete esitamist või menetluse alustamist seoses ametialase eksimuse või hooletusega eelpool nimetatud isikute vastu?

JAH **EI**

Kui vastasite jaatavalt, palume kirjeldada üksikasjaliselt asjaolusid (vajadusel kasutage lisalehte):

.....
.....
.....

3.8 Kas Eesti Advokatuuri aukohus on arutanud Teie bürooga seotud advokaatide distsiplinaarsüüteoasju või muid seadusega aukohtu pädevusse antud asju alates Teie büroo asutamisest

JAH **EI**

Kui vastasite jaatavalt, palume kirjeldada üksikasjaliselt asjaolusid (vajadusel kasutage lisalehte):

.....
.....
.....

3.9 Kas Teie büroo töökorralduses on kasutusel süsteem ja/või eeskirjad tähtaegadest kinnipidamise kohta?

Kui vastasite jaatavalt, palume seda kirjeldada (vajadusel kasutage lisalehte):

JAH **EI**

.....
.....
.....

3.10 Kas mõni kindlustusandja on Teie bürooga seoses:

- keeldunud pakumast või pikendamast vastutuskindlustust? **JAH** **EI**
- pakkunud vastutuskindlustust eritingimustel? **JAH** **EI**
- lõpetanud ennetähtaegselt kehtiva vastutuskindlustuse lepingu? **JAH** **EI**

Kui vastasite mõnele küsimusele jaatavalt, palume kirjeldada põhjuseid ning eritingimusi (vajadusel kasutage lisalehte):

.....
.....
.....

3.11 Kas Teie büroo tegevuses, omandivormis, finantsolukorras või töökorralduses on ette näha olulist muudatust käesoleval või järgneval kindlustusperioodil?

JAH **EI**

Kui vastasite jaatavalt, palume kirjeldada asjaolusid (vajadusel kasutage lisalehte):

.....
.....
.....

4. TEADMISEKS KINDLUSTUSVÕTJALE

- Avalduse täitja on kohustatud esitama käesoleva avaldusega ning täiendavalt kõik andmed, mis võivad mõjutada kindlustusriski hindamist kindlustusandja poolt olenemata sellest, kas selline info on käesolevas avalduses nõutud või mitte.
- Kindlustusleping jõustub kokkulepitud ja poliisil märgitud kindlustusperioodi alguskuupäeval. Kindlustuskaitse algab ja lõpeb kokkulepitud ja poliisil märgitud kuupäeval.
- Esimese kindlustusmakse tasumisega hilinemise korral, samuti järgmiste kindlustusmaksetega hilinemise korral reguleerib Kindlustusandja poolset täitmise kohustusest vabanemist seadus (VÕS § 457 ja § 458).
- Kindlustusjuhtumi toimumisest ja kindlustusrisi suurenemise ohust tuleb kindlustusandjale viivitamatult teada anda.
- Kindlustuslepingu ennetähtaegne lõpetamine toimub kindlustustingimustes ja/või seaduses ettenähtud alustel.
- Pädev kindlustusjärelvalve on Eesti Vabariigi Finantsinspektsioon (Sakala 4, 15030 Tallinn).
- Kindlustusvõtja kinnitused:
 - ✓ kõik avalduses esitatud andmed on tõesed ja täielikud;
 - ✓ ta on teadlik, et teatamiskohustuse rikkumise korral on kindlustusandjal õigus kindlustushüvitist vähendada või selle väljamaksmisest täielikult keelduda;
 - ✓ käesolevas avalduses toodud isikuandmeid on kindlustusandjal õigus töödelda lepingu täitmise eesmärgil;
 - ✓ ta on tutvunud üldiste lepingutingimustega ja advokaadi kutsekindlustuse tingimustega;
 - ✓ kindlustusmakse tasumine loetakse kindlustusvõtja nõustumiseks kindlustuslepingu tingimustega ja sooviavalduseks kindlustuslepingu sõlmimiseks.

KINDLUSTUSVÕTJA ESINDAJA: Kuupäev: / /

KINDLUSTUSANDJA

Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaal

Maakri 19/1, B-hoone, 10145 Tallinn

Tel. 628 1800; e-post: seesam@seesam.ee

Registrikood 12970620

www.seesam.ee