

## AVUKAT MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

Acente kodu	Şube kodu	Yeni müşteri	Müşteri no	Müşteri grup no
Police no	Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi	Police süresi	
Önceki police şirketi	Önceki police no	Önceki police yenileme no	Önceki police acente kodu	

### 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			
Bina no	Daire no	Kat	Semt	İlçe	İl
Posta kodu	E-posta				
Ev telefonu	İş telefonu	Cep telefonu	Faks		

### 2. Sigortalının

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.

# AVUKAT MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

## 2. Sigortalının (devamı)

### Adresi

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

Köy/Mahalle

Cadde

Sokak

Bino no

Daire no

Kat

Semt

İlçe

İl

Posta kodu

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. Toplam ortak, yönetici, avukat ve çalışan vb. sayısı (adet)

Ortak, yönetici ve sorumlu avukat

Bordrolu çalışan avukat & yasal stajyerler

Adı Soyadı

TCKN

Görevi (ortak, yönetici, bordrolu avukat vb.)

## 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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# AVUKAT MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

## 9. Faaliyetlerle ilgili bilgiler

Bir önceki yılın geliri	Tahmini cari mali yıl geliri	Gelecek yılın tahmini geliri

## 10. 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			

## 11. Sigortalının daha önceki bir sigorta talebi reddedildi mi?

Daha önceki bir sigorta için,	- prim artırım talebi edildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	- özel kısıtlamalar getirildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	- iptal edildiği ya da yenilenmediği oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

Evet yanıtları için lütfen bilgi veriniz.

## 12. 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)

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

Evet ise açıklayınız.

## 14. İstenen teminat limiti

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

50.000 TL  100.000 TL  150.000 TL  200.000 TL  250.000 TL  500.000 TL

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, hasar bildirim ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan ürün kitapçığı/genel şart/özel şart/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

Tarih

### Ödeme Şekli

- Nakit  Kredi kartı  
 Çek  Otomatik ödeme  
**UYARI:** Kredi kartı veya hesabenin ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimat Formu doldurulması halinde geçerlidir.

**Sigorta Ettiren (İmza - Kaşe)**

Acente	Düzenleyen	Kontrol eden
Tarih - Saat	Tarih - Saat	Tarih - Saat
İmza / Kaşe	İmza / Kaşe	İmza / Kaşe