

## Berufshaftpflichtversicherung gemäss Art. 12 lit. f BGFA

### Angaben über die Rechtsanwältin bzw. den Rechtsanwalt:

Name RA: \_\_\_\_\_

Name Kanzlei: \_\_\_\_\_

Büropartner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesellschaftsform: \_\_\_\_\_

angestellt bei: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internetadresse: \_\_\_\_\_

**1. Erklärung der Rechtsanwältin bzw. des Rechtsanwalts:**

Mir ist bekannt, dass die Berufsregeln gemäss Art. 12 lit. f BGFA bzw. Art. 17 AnwG gelten.

Ich habe eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen (**siehe Ziffer 2**).

- Sie umfasst eine Versicherungssumme von mindestens Fr. 1 Mio. pro Jahr oder
- sie deckt pro Fall Schäden bis Fr. 1 Mio. oder
- sie deckt pro Fall Schäden in einem Fr. 1 Mio. übersteigenden Betrag.

Sie genügt nach meiner gewissenhaften Beurteilung zur Einhaltung der Berufsregeln gemäss Art. 12 lit. f BGFA bzw. Art. 17 AnwG.

**Ich verpflichte mich, der Anwaltskommission unverzüglich zu melden, wenn die Versicherung nicht mehr besteht oder nach meiner gewissenhaften Beurteilung zur Einhaltung der einschlägigen Berufsregeln nicht mehr genügt.**

Ort und Datum:

Unterschrift RA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Erklärung der Versicherungsgesellschaft**

Die unterzeichnende Versicherungsgesellschaft bestätigt, dass die vorstehende Anwältin / der vorstehende Anwalt bei ihr eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat, und dass diese Versicherung

- eine Versicherungssumme von mindestens Fr. 1 Mio. pro Jahr umfasst.
- pro Fall Schäden bis zu einem Betrag von Fr. 1 Mio. abdeckt.
- pro Fall Schäden bis zu einem Betrag von mehr als Fr. 1 Mio. abdeckt.

**Die Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich, der Anwaltskommission Nidwalden, c/o Obergericht, Marktgasse 4, 6371 Stans, das Aussetzung und das Aufhören der Versicherung oder die Herabsetzung des Versicherungsschutzes auf einen Betrag von weniger als Fr. 1 Mio. unverzüglich schriftlich zu melden.**

Ort und Datum:

Unterschrift Versicherungsgesellschaft:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_