

Anmälan om innehav av ansvarsförsäkring

– för fysisk eller juridisk person med tillstånd för försäkringsförmedling



Finansinspektionen

Box 7821
SE-103 97 Stockholm
[Brunnsgatan 3]
Tel +46 8 787 80 00
Fax +46 8 24 39 25
ansvarsforsakringar@fi.se
www.fi.se

Fysisk person som omfattas av ansvarsförsäkring

Namn	Personnummer
------	--------------

Juridisk person som omfattas av ansvarsförsäkring

Namn	Organisationsnummer
------	---------------------

Försäkringens omfattning

<input type="checkbox"/> Livförsäkringsförmedling
<input type="checkbox"/> a) Olycksfalls- och sjukförsäkring (direkt)
<input type="checkbox"/> Skadeförsäkringsförmedling
<input type="checkbox"/> Fondandelsförmedling
<input type="checkbox"/> Investeringsrådgivning

och

<input type="checkbox"/> Försäkringen uppfyller samtliga krav i 4 kap. förordningen (2005:411) om försäkringsförmedling och 5 kap. Finansinspektionens föreskrifter och råd (2005:11) om försäkringsförmedling.

Försäkringens giltighet

Datum

eller

<input type="checkbox"/> Försäkringen är giltig fr. o. m. datumet för Bolagsverkets registrering.

Försäkringsgivare

Namn på försäkringsbolaget
Försäkringsbolagets organisationsnummer
Namn på kontaktperson
Telefonnummer kontaktperson
E-post kontaktperson

Anvisningar

Anmälan avser information om en fysisk eller juridisk person som omfattas av en ansvarsförsäkring för försäkringsförmedling.

Blanketten ska fyllas i av försäkringsbolaget och skickas till Finansinspektionen per e-post till ansvarsforsakringar@fi.se *eller* per post/fax.

En anställd försäkringsförmedlare hos en juridisk person *ska inte anmälas* till Finansinspektionen.

Försäkringstagare – fysisk eller juridisk

Ange namn och personnummer för den fysiska personen som är försäkringstagare *eller* namn och organisationsnummer för den juridiska personen som är försäkringstagare.

Omfattning

Ange vilken verksamhet som ansvarsförsäkringen omfattar. Glöm inte att ange om försäkringen omfattar flera verksamheter.

Försäkringens giltighet

Fyll i det datum som försäkringen börjar att gälla. Ange antingen datum enligt ÅÅÅÅ-MM-DD *eller* kryssa i om försäkringen ska börja gälla det datum som försäkringstagaren blir registerat i Bolagsverkets försäkringsförmedlingsregister.

Försäkringsgivare

Ange namn och organisationsnummer på det försäkringsbolag som utfärdat ansvarsförsäkringen. Ange namn, telefonnummer och e-postadress på en kontaktperson hos försäkringsbolaget.