

Anmälan om ändring eller upphörande 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
------	---------------------

Ändring eller upphörande av ansvarsförsäkring

<input type="checkbox"/> Helt

eller

<input type="checkbox"/> Delvis
<input type="checkbox"/> Livförsäkringsförmedling
<input type="checkbox"/> Skadeförsäkringsförmedling
<input type="checkbox"/> Fondandelsförmedling
<input type="checkbox"/> Investeringsrådgivning

Datum för ändring eller upphörande av försäkringens giltighet

Datum

eller

<input type="checkbox"/> Försäkringen upphör att gälla en månad efter Finansinspektionens mottagande av denna anmälan.
--

Försäkringsgivare

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

Anvisningar

Anmälan avser information om den fysiska eller juridiska person med tillstånd för försäkringsförmedling vid ändring eller upphörande av en ansvarsförsäkring.

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.

Ändring eller upphörande av försäkring

Ange om ansvarsförsäkringen upphör helt eller delvis. Om den upphör delvis, ange vilka områden som försäkringen *inte* längre omfattar.

Datum för ändring eller upphörande

Fyll i det datum som försäkringen slutar att gälla. Ange antingen slutdatum enligt ÅÅÅÅ-MM-DD *eller* om försäkringen ska upphöra att gälla en månad efter att Finansinspektionen mottar denna anmälan.

Observera att försäkringen *tidigast* upphör att gälla en månad efter att Finansinspektionen har underrättats om upphörandet.

Försäkringsgivare

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