

Fyll i blanketten via din dator eller texta tydligt.
Underteckna blanketten och skicka in den i original.

Skickas till:
Bolagsverket
851 81 Sundsvall

1. Anmälan gäller

- Registrering av anknuten försäkringsförmedlare
- Ändring av tidigare registrerade uppgifter, skriv ändringen,
t.ex. adressändring eller ändring av förmedlingsuppdrag _____

2. Försäkringsföretag som förmedlaren är anknuten till

| | | | |
|--|------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Företagsnamn | | Organisationsnummer | |
| Postadress | Postnummer | Postort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |
| Kontaktpersonens förnamn och efternamn | | Kontaktpersonens telefonnummer | Depositionskontorr (tre siffror) |

3. Anknuten försäkringsförmedlare Fysisk eller juridisk person.

| | | | |
|--|------------|--|--|
| Förnamn och efternamn eller företagsnamn | | Personnummer eller organisationsnummer | |
| Postadress | Postnummer | Postort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |

4. Försäkringsförmedlarens verksamhet

| Direkt | Indirekt | Försäkringsslag |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Livförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skadeförsäkring |

| Direkt | Indirekt | Försäkringsklasser |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ia. Livförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ib. Tilläggförsäkring till livförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II. Giftermåls- och födelseförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III. Försäkring anknuten till värdepappersfonder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV. Lång olycksfall- och sjukförsäkring |

5. Registreringsavgift Betala avgiften när du skickar in anmälan. Skriv "F" och person- eller organisationsnummer på betalningen.

| | | |
|---------------|-------|---|
| Betalt belopp | Datum | Betalningssätt |
| | | <input type="checkbox"/> Bankgiro 5050-0255 <input type="checkbox"/> Plusgiro 95 06 08-0 <input type="checkbox"/> Check |

Fortsättning 4. Försäkringsförmedlarens verksamhet

| Direkt | Indirekt | Försäkringsklasser |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Olycksfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Sjukdom |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Landfordon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Spårfordon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Luftfartyg |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Fartyg |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Godstransport |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Brand och naturkrafter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Annan sakskada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Motorfordonsansvar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Luftfartygsansvar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Fartygsansvar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Allmän ansvarighet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Kredit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Borgen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Annan förmögenhetsskada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Rättsskydd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Assistans |
| Direkt | Indirekt | Försäkringsgrupper |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. Olycksfalls- och sjukförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. Motorfordonsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. Sjö- och transportförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. Luftfartsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. Försäkring mot brand och annan skada på egendom |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. Ansvarsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Kredit- och borgensförsäkring |

6. Övrigt

| |
|--|
| |
|--|

7. Underskrift Anmälan ska vara undertecknad av behöriga firmatecknare för försäkringsföretaget. Obs! Använd blå bläckpenna.

| | | |
|-------|--------------|-------------------|
| Datum | Namnteckning | Namnförtydligande |
| | | |
| Datum | Namnteckning | Namnförtydligande |
| | | |

Information

Använd den här blanketten när du ska anmäla en anknuten försäkringsförmedlare eller anmäla ändringar. När ärendet är registrerat skickar vi en registeravgift. Mer information hittar du på www.bolagsverket.se.

Anmälan om registrering av en anknuten försäkringsförmedlare ska göras av det försäkringsföretag som förmedlaren är anknuten till.


1. Anmälan gäller

Markera det som din anmälan gäller.

2. Försäkringsföretag som förmedlaren är anknuten till

Fyll i namn och adressuppgifter för försäkringsföretaget. Fyll även i namn och telefonnummer om du väljer att ha en kontaktperson eller ett ombud. Har ombudet ett depositionskonto hos Bolagsverket och vill använda det för betalning av registreringsavgiften, fyller du också i det tresiffriga kontonumret.

Bilagor – om försäkringsföretaget är ett utländskt försäkringsföretag

 Registreringsbevis eller motsvarande handling (bestyrkt kopia) för det utländska försäkringsföretaget.

Beviset bör inte vara äldre än sex månader.

- Handling som visar vem som har rätt att teckna det utländska försäkringsföretagets firma (bestyrkt kopia) – om inte detta framgår av registreringsbeviset eller motsvarande handling.
- Underrättelse om notifiering (bestyrkt kopia).

3. Anknuten försäkringsförmedlare

Fyll i person- och adressuppgifter för försäkringsförmedlaren..

4. Försäkringsförmedlarens verksamhet

Markera de försäkringsslag, försäkringsklasser och försäkringsgrupper som försäkringsförmedlaren ska arbeta med.

5. Registreringsavgift

Fyll i när och hur du har betalat avgiften. För att vi ska kunna registrera avgiften på rätt ärende måste du fylla i "F" och person- eller organisationsnummer när du betalar. Vi betalar inte tillbaka avgiften när vi har påbörjat handläggningen.

6. Övrigt

Här kan du fylla i övriga uppgifter. Vid ändring av förmedlingsuppdrag, skriv vilket eller vilka slag av försäkringar, försäkringsklasser eller grupper av försäkringsklasser som ändringen gäller.

7. Underskrift

Behöriga firmatecknare för försäkringsföretaget ska skriva under anmälan.

Hänvisningar

Lagen (2005:405) om försäkringsförmedling

Förordningen (2005:411) om försäkringsförmedling

Finansinspektionens föreskrifter och allmänna råd (FFFS 2005:11) om försäkringsförmedling

Föreskrifter om ändring (FFFS 2007:23) i Finansinspektionens föreskrifter och allmänna råd (FFFS 2005:11) om försäkringsförmedling