



Fyll i blanketten på din dator eller texta tydligt. Underteckna blanketten och skicka in den i original. **Läs mer på sidan 4.**

Skicka till:
Bolagsverket
851 81 Sundsvall

1. Anmälan gäller

<input type="checkbox"/> Registrering av anknuten försäkringsförmedlare (huvudverksamhet)	<input type="checkbox"/> Registrering av anknuten sidoverksam försäkringsförmedlare
<input type="checkbox"/> Ändring av tidigare registrerade uppgifter, skriv ändringen, t.ex. adressändring eller ändring av förmedlingsuppdrag _____	

2. Försäkringsföretaget eller försäkringsförmedlaren som förmedlaren är anknuten till

Företagsnamn		Organisationsnummer	
Postadress	Postnummer	Postort	
E-postadress		Telefonnummer	
Kontaktpersonens förnamn och efternamn		Kontaktpersonens telefonnummer	Ev. depositionskontonr (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	Försäkringslag
<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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Försäkringsbaserade investeringsprodukter (IBIPS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vissa pensionsförsäkringar

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

Direkt	Indirekt	Försäkringsklasser
<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

5. Övrigt

--

**6. Underskrift** Obs! Använd blå bläckpenna.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

7. Registreringsavgift Betala avgiften till Bankgiro 5050-0255. När avgiften har kommit in till oss kan vi börja arbeta med ditt ärende.

Betalt belopp	Datum	
---------------	-------	--

Information

Använd den här blanketten när du ska anmäla en anknuten försäkringsförmedlare eller anmäla ändringar. Vi skickar en registeruppgift när vi har registrerat ärendet. Mer information hittar du på bolagsverket.se.

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

1. Anmälan gäller

Markera det som din anmälan gäller.

2. Försäkringsföretag eller försäkringsförmedlare som förmedlaren är anknuten till

Fyll i namn och adressuppgifter för försäkringsföretaget eller försäkringsförmedlaren. Fyll även i namn och telefonnummer om du väljer att ha en kontaktperson eller ett ombud i detta ärende. Om ombudet har 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 för det utländska försäkringsföretaget (bestyrkt kopia). Beviset bör inte vara äldre än sex månader.
- Handling som visar vem som har rätt att teckna det utländska försäkringsföretaget (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. 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.

6. Underskrift

Vem ska skriva under anmälan?

- Registrering av anknuten försäkringsförmedlare – behöriga firmatecknare för försäkringsföretaget som den som anmäls ska vara anknuten till.
- Registrering av anknuten sidoverksam försäkringsförmedlare – behöriga firmatecknare för försäkringsföretaget eller den förmedlare som den som anmäls ska vara anknuten till.
- Registrering av en anknuten försäkringsförmedlare som har eget tillstånd från Finansinspektionen – behöriga firmatecknare för den anknutne försäkringsförmedlaren.

7. Registreringsavgift

Skriv när och hur mycket du betalar. Betala avgiften till Bankgiro 5050-0255. På betalningen ska du skriva "F" och person- eller organisationsnummer på den du anmäler. När avgiften har kommit in till oss kan vi börja arbeta med ditt ärende. Vi betalar inte tillbaka avgiften när vi har börjat arbeta med ärendet.

Hänvisningar

Lag (2018:1219) om försäkringsdistribution.

Förordning (2018:1231) om försäkringsdistribution.

Finansinspektionens föreskrifter (FFFS 2018:10) om försäkringsdistribution.