**Förenklad medlemsansökan**

Förenklad ansökan om medlemskap i Sfm är till för förmedlare som:

* tidigare har varit medlem i föreningen senast två månader innan inkommen ansökan,
* är verksam i ett förmedlarbolag som är medlem i föreningen,
* har tillstånd som försäkringsförmedlare hos Finansinspektionen och är registrerad på Bolagsverket eller anmäld till Finansinspektionen enligt gällande författningar,
* inte är anknuten försäkringsförmedlare,
* har en ansvarsförsäkring med författningsenlig omfattning,
* i övrigt bedöms lämplig som försäkringsförmedlare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  |  |
| Pers.nr: |  |
| Tidigare förmedlarbolag: |  |
| Anställd mellan åren: Typ av tillstånd hos FI:Nuvarande förmedlarbolag: Adress:  |  |
| Postnr och ort:  |  |
| E-mail: |  |

Ort och datum

Sökandes underskrift

Namnförtydligande

Ansökan upptas på närmast kommande styrelsemöte varefter den utsänds på remiss minst två veckor till föreningens medlemmar och företrädare för försäkringsbranschen. Beslut om medlemskap fattas sedan på nästföljande styrelsemöte.

**Ansökan mejlas till** **info@sfm.se**

**Intyg
för ansökan om medlemskap i
Svenska försäkringsförmedlares förening**

Härmed intygas att \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

med personnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uppfyller följande krav:

[ ]  Den sökande är inte underårig, i konkurs eller underkastad näringsförbud eller har förvaltare enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken.

[ ]  Den sökande förekommer inte i belastningsregistret.

[ ]  Den sökande har visat skötsamhet i ekonomiska frågor.

[ ]  Den sökande har under de senaste fem åren inte fått tillstånd eller registrering återkallad enligt 8 kap 1 § lagen om försäkringsförmedling.

[ ]  Den sökande har inte ingått i ledningen för ett förmedlarbolag som under de senaste fem åren har fått ett tillstånd eller en registrering återkallad enligt 8 kap 1 § lagen om försäkringsförmedling eller ingått i ledningen för ett sådant förmedlarbolag inom sex månader före återkallelsen.

[ ]  Den sökande har genomgått och med godkänt resultat tenterat en utbildning som minst motsvarar kraven i FFFS 2005:11.

[ ]  Den sökande har minst två års relevant försäkringserfarenhet de fem senaste åren.

Undertecknas av ansvarig person i förmedlarbolaget, t ex VD eller personalchef.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Förmedlarbolag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift och titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande