V.1 2023

Ansökan Förmedlaransvarsförsäkring

Årspremie per förmedlare
Försäkringsperiod 1 april 2023 – 31 mars 2024

- Sakförsäkringsförmedlare, **som är licensierad** hos InsureSec den 1 april 2023	17 548:-
- Sakförsäkringsförmedlare, **som inte är licensierad** hos InsureSec	20 338:-
- Livförsäkringsförmedlare **som är** licensierade hos InsureSec	16 290:-
- Sak- och livförsäkringsförmedlare **som inte** är licensierad hos InsureSec	36 628:-
- Sak- och livförsäkringsförmedlare, **som är** licensierad hos InsureSec den 1 april 2023	33 838:-

1. Förmedlare som ansökan berör är medlem i SFM: ☐ Ja ☐ Nej

Om ”Ja” på fråga 1., hoppa till avsnitt 4.

Ansökan om anslutning fr o m **2a.** ☐ närmast följande styrelsemöte i SFM

eller

2b. ☐ från och med år, månad och dag _____

3. Ansökan om ’bryggförsäkring’ fram till och med beslut i medlemskapsfrågan:

☐ Ja ☐ Nej

4. Berörda förmedlare

Förmedlare	Personnummer	Sak		Liv

Om utrymmet inte räcker till vänligen bifoga separat lista med namn, personnummer och kategori.

5. Firmatecknare intygar om att förmedlare uppfyller lagstadgade krav att verka som försäkringsförmedlares:

Alt. 1 ☐ Genom att bifoga fullständig medlemsansökan (Förmedlare är inte medlem i SFM)

Alt. 2 ☐ Genom att fylla i bilaga till denna ansökan på sida 2 (Befintlig SFM-medlem)

Förmedlarbolag	Org. nr
Underskrift	Namnförtydligande

Ansökan mejlas till: info@sfm.se

SFM:s hantering av personuppgifter framgår av medlemsansökan och på SFM:s hemsida samt av *Information om dina personuppgifter hos SFM.*

Bilaga 1 till Ansökan Förmedlaransvarsförsäkring

Intyg om lagstadgade krav att verka som försäkringsförmedlare

Härmed intygas att_____

med pers.nr _____uppfyller följande krav:

- ☐ Den anställde har under de senaste fem åren inte fått tillstånd eller registrering återkallad enligt 8 kap 1 § lagen om försäkringsförmedling eller 9 kap. lagen (2018:1219) om försäkringsdistribution.
- ☐ Den anställde 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 9 kap. lagen (2018:1219) om försäkringsdistribution, eller ingått i ledningen för ett sådant förmedlarbolag inom sex månader före återkallelsen.
- ☐ Den anställde har minst två års relevant försäkringserfarenhet de fem senaste åren.
- ☐ Den anställde har i övrigt genomgått bolagets process för sådan kontroll som ett försäkringsförmedlarbolag ska utföra av anställda enligt 2 kap. 8 och 9 §§ lagen (2018:1219) om försäkringsdistribution samt 3 kap. 2 § FFFS 2018:10 avseende; underårighet, konkurs, näringsförbud eller förvaltarskap enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken, kompetens och godkänt kunskapstest samt skötsamhet i ekonomiska frågor.

Detta intyg ligger till grund för att SFM:s ansvarsförsäkring ska kunna tecknas för den anställde.

Att ovanstående stämmer ska intygas av företagets behöriga firmatecknare nedan.

_____

Ort och datum

_____

Förmedlarbolag

_____

Behörig firmatecknare

_____

Namnförtydligande

Bilaga 2 till Ansökan Förmedlaransvarsförsäkring – används om Ni tecknar excess

Ansökan Excessförsäkring

för sak- och livförsäkringsförmedlare

Kontaktperson:	
Antal sakförsäkringsförmedlare	
Antal ”tvåbenta förmedlare”	
Valt försäkringsbelopp:	**Årspremie per förmedlare:** ☐ **Alt 1 QBE** EUR 1,199,382 per skada/ EUR 2,398,764 per år SEK 13 227 ☐ **Alt 2 QBE** EUR 1,699,382 per skada/ EUR 3,398,764 och år SEK 16 654 ☐ **Alt 3 QBE** EUR 2,699,382 per skada/ EUR 5,398,764 per år SEK 23 508 ☐ **Alt 4 QBE** EUR 3,699,382 per skada/ EUR 7,398,764 per år SEK 30 309 ☐ **Alt 5 Berkley** Kontakta SFM för information ☐ **Alt 6 Berkley** Kontakta SFM för information
Startdag för försäkringen:	

Bilaga 2 forts.

Skadehistorik ***Vid besvarande av nedanstående frågor bör samtliga anställda inom det försäkrade bolaget tillfrågas.***

Har skadeståndsanspråk riktats mot förmedlarbolaget eller däri verksam förmedlare under de senaste 5 åren? ☐ Ja ☐ Nej

Om **ja**, var vänlig lämna en beskrivning av händelsen som medförde kravet, när händelsen inträffade, kravets storlek samt vilket belopp som är utbetalt eller reserverat med anledning av kravet.

_____

_____

_____

_____

_____

Känner Ni till om någon avser att framställa skadeståndsanspråk mot förmedlarbolaget eller däri verksam förmedlare? ☐ Ja ☐ Nej

Om **ja,** var vänlig lämna en beskrivning av händelsen som kan tänkbart medföra kravet, när händelsen inträffade, kravets storlek samt vilket belopp som är utbetalt eller reserverat med anledning av kravet.

_____

_____

_____

_____

Känner Ni till någon omständighet som kan leda till att skadeståndsanspråk kan komma att framställas mot förmedlarbolaget eller däri verksam förmedlare?

Ja ☐

Nej ☐

Om **ja,** var vänlig lämna en beskrivning av händelsen som kan komma att medföra att krav framställs, när händelsen inträffat samt uppgift om det förväntade kravets/förväntade förlustens storlek.

_____

_____

_____

_____

_____

Om Ni svaras **ja** på någon av ovanstående frågor, har skadeanmälan gjorts till Er försäkringsgivare? ☐ Ja ☐ Nej

Ort och Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Ansökan mejlas till info@sfm.se

SFM:s hantering av personuppgifter framgår på SFM:s hemsida samt av *Information om dina personuppgifter hos SFM.*