**Anmälan om innehav av ansvarsförsäkring**

**– för fysisk eller juridisk person med tillstånd för försäkringsdistribution**

Anmälan avser information om en fysisk eller juridisk person som omfattas av en ansvarsförsäkring för försäkringsdistribution.

Blanketten ska fyllas i av **försäkringsbolaget** och skickas till Finansinspektionen per e-post till **ansvarsforsakringar@fi.se**.

En anställd försäkringsförmedlare hos en juridisk person ska inte anmälas till Finansinspektionen.

**Fysisk person som omfattas av ansvarsförsäkring**

Namn:

Personnummer:

**Juridisk person som omfattas av ansvarsförsäkring**

Namn:

Org nr.:

**Försäkringens omfattning**

Livförsäkringsdistribution [ ]  Skadeförsäkringsdistribution [ ]

och

[ ]  Försäkringen uppfyller samtliga krav i 4 kap. förordningen (2018:1231) om försäkringsdistribution och 7 kap. Finansinspektionens föreskrifter (2018:10) om försäkringsdistribution.

|  |
| --- |
|       |

**Försäkringens giltighet**

Datum:

eller:

[ ]  Försäkringen är giltig fr.o.m. datumet för Bolagsverkets registrering.

**Försäkringsgivare**

Namn på försäkringsbolaget

|  |
| --- |
|       |

Försäkringsbolagets organisationsnummer

|  |
| --- |
|       |

Försäkringsnummer

|  |
| --- |
|       |

Namn på kontaktperson

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer kontaktperson

|  |
| --- |
|       |

Mejl kontaktperson

|  |
| --- |
|       |

Lagen (2018:1219) om försäkringsdistribution. Förordning (2018:1231) om försäkringsdistribution. Finansinspektionens föreskrifter (2018:10) om försäkringsdistribution.

**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.

**Omfattning**

Ange vilken verksamhet som ansvarsförsäkringen omfattar. Glöm inte att ange om försäkringen omfattar flera verksamheter.

**Försäkringens giltighet**

Fyll i det datum som försäkringen börjar att gälla. Ange antingen datum enligt ÅÅÅÅ MM-DD eller kryssa i om försäkringen ska börja gälla det datum som försäkringstagaren blir registrerat i Bolagsverkets försäkringsförmedlingsregister.

**Försäkringsgivare**

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