

Ansökan om förmedlarkod/behörighet

Uppgifter om företaget

Namn		Org. nummer
Adress	Postnummer	Postort
E-post	Telefon	Fax
Finns ansvarförsäkring? Ja Nej	Licens i InsureSec? Ja Nej	Medlem i SFM? Ja Nej

Kontaktperson för ersättning

Namn	Förmedlare
	Assistent
E-post	Telefon

Kontouppgifter för utbetalning av ersättning (Utbetalande ersättning inkluderar eventuella skatter)

Plus- eller bankgironummer

Namn (om annat bolag än ovan)		Org. nummer (om annat bolag än ovan)
Adress	Postnummer	Postort
E-post	Telefon	Fax

Underskrift

Jag (firmatecknare) intygar att:

- Uppdraget kommer att utföras enligt gällande lagstiftning, god försäkringsförmedlingssed samt övriga väsentliga bestämmelser och rekommendationer.
- Bolaget omfattas av aktuellt registreringsbevis utfärdat av Bolagsverket, Förmedlares försäkring för skadeståndsskyldighet, samt Finansinspektionens tillstånd för försäkringsförmedling.

Jag garanterar även att all information som erhålls från Förenade Liv gruppförsäkring AB behandlas konfidentiellt och inte förs vidare till tredje part.

Ansvar: Om Förenade Liv blir skyldiga att utge skadestånd eller annan ersättning till försäkringstagaren, den försäkrade eller annan berättigad enligt försäkringsavtalet på grund av fel eller försummelse av förmedlaren ska företaget ersätta Förenade Liv för skadan. Förmedlaren är medveten om att felfria lösningar och frihet från programfel inte kan uppnås eller garanteras inom programvaruindustrin.

Vidare intygar jag att alla assistenter och rådgivare som anmäls är anställda hos Förmedlarföretaget samt har förstått och uppfyller kraven enligt gällande lagstiftning och andra bestämmelser enligt ovan.

Datum och ort	Underskrift firmatecknare
	Namnförtydligande firmatecknare

Fortsättning på nästa sida

Ansökan om förmedlarkod/behörighet

Personer som ska ha egen förmedlarkod (behörighet utdelas till personer med egen förmedlarkod)

Namn	Personnummer
E-post	Telefon
Namn	Personnummer
E-post	Telefon
Namn	Personnummer
E-post	Telefon
Namn	Personnummer
E-post	Telefon
Namn	Personnummer
E-post	Telefon
Namn	Personnummer
E-post	Telefon
Namn	Personnummer
E-post	Telefon

Om detta blad inte räcker, maila gärna en exefil med personer som ska ha förmedlarkod/behörighet, hänvisa till ansökan.

Ansökan skickas till:

Förmedlad Affär
Förenade Liv Grupp försäkring AB
106 60 Stockholm

Bifoga:

- Finansinspektions registreringsbevis
- F-skattsedel
- Bolagsverkets registreringsbevis