# Ansökan om utvidgat tillstånd som försäkringsförmedlare – juridisk person

Denna blankett ska användas vid ansökan om utvidgat tillstånd att bedriva försäkringsdistribution för försäkringsförmedlare som är en juridisk person.

Samtliga delar av blanketten ska fyllas i för att ansökan ska anses vara formellt komplett. I de delar som kräver att en handling biläggs blanketten ska det tydligt anges vilken bilaga som hör till vilken delfråga.

Finansinspektionen tar i samband med prövning av de personer som ska sitta i ledningen för den juridiska personen (ledningsprövning) in uppgifter från t.ex. Polismyndigheten, Bolagsverket, Skatteverket, Kronofogdemyndigheten, företag som erbjuder kreditupplysningar, samt i förekommande fall utländsk tillsynsmyndighet.

**Kontaktuppgifter**

Vem ska Finansinspektionen kontakta med anledning av denna ansökan?

Namn:

Titel:

Adress:

Telefonnummer:

Mejl:

Vilket företag avser ansökan om tillstånd (namn och organisationsnummer)?

|  |
| --- |
|       |

Vilka personer ska sitta i ledningen för försäkringsförmedlaren?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Personnummer | Befattning |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Vem i ledningen uppfyller kraven på kunskap om regelverk, försäkringsmarknaden och försäkringar enligt 5 kap. 4–6 §§ FFFS 2018:10? Motivera även hur personen uppfyller dessa krav.

|  |
| --- |
|       |

Bekräfta att samtliga personer som anges ovan ska fylla i bilaga 2 i FFFS 2018:10, inklusive meritförteckning, och bilägga ansökan.

|  |
| --- |
|       |

Uppgift om vilka fysiska eller juridiska personer som har ett innehav i försäkringsförmedlaren som överstiger tio procent och hur stort varje respektive innehav är.

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och org. nr/pers. nr | Ägande (i procent av antal aktier/röster) |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Uppgift om vem som är klagomålsansvarig hos försäkringsförmedlaren.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer | Mejl |
|       |       |       |       |

Uppgift om ansvarsförsäkring. Försäkringsgivaren ska fylla i blankett om ansvarsförsäkring och skicka till ansvarsforsakringar@fi.se.

|  |  |
| --- | --- |
| Ansvarsförsäkringsgivare | Försäkringsnummer |
|       |       |

Uppgift om den juridiska personen har eller kan väntas få nära förbindelser[[1]](#footnote-1) med någon annan som hindrar en effektiv tillsyn över den juridiska personen. Om det finns nära förbindelser med någon annan, redogör för hur förbindelsen inte kommer hindra Finansinspektionens möjlighet till ändamålsenlig tillsyn.

|  |
| --- |
|       |

**Uppgift om vilka nya försäkringsklasser ansökan om utvidgat tillstånd avser**

Direkt Indirekt[[2]](#footnote-2) Livförsäkringsklasser

[ ]  [ ]  Ia. Livförsäkring

[ ]  [ ]  Ib. Tilläggsförsäkring till livförsäkring

[ ]  [ ]  IIa. Giftermålsförsäkring

[ ]  [ ]  IIb. Födelseförsäkring

[ ]  [ ]  III. Försäkring anknuten till värdepappersfonder

[ ]  [ ]  IV. Lång olycksfall- och sjukförsäkring

Direkt Indirekt Skadeförsäkringsklasser

[ ]  [ ]  1. Olycksfall

[ ]  [ ]  2. Sjukdom

[ ]  [ ]  3. Landfordon

[ ]  [ ]  4. Spårfordon

[ ]  [ ]  5. Luftfartyg

[ ]  [ ]  6. Fartyg

[ ]  [ ]  7. Godstransport

[ ]  [ ]  8. Brand och naturkrafter

[ ]  [ ]  9. Annan sakskada

[ ]  [ ]  10. Motorfordonsansvar

[ ]  [ ]  11. Luftfartygsansvar

[ ]  [ ]  12. Fartygsansvar

[ ]  [ ]  13. Allmän ansvarighet

[ ]  [ ]  14. Kredit

[ ]  [ ]  15. Borgen

[ ]  [ ]  16. Annan förmögenhetsskada

[ ]  [ ]  17. Rättsskydd

[ ]  [ ]  18. Assistans

Uppgift om vilka anställda som direkt kommer delta i distributionen av de nya försäkringarna.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Bekräfta att de anställda som direkt deltar i distributionen av försäkringar för försäkringsförmedlarens räkning uppfyller kraven i 2 kap. 7 § första stycket 1–4 lagen (2018:1219) om försäkringsdistribution (LFD).

Ja [ ]  Nej [ ]

Bekräfta att ett utdrag ur belastningsregistret har uppvisats av den anställde enligt kravet i 2 kap. 7 § första stycket 2 LFD.

Ja [ ]  Nej [ ]

Bekräfta att följande dokumentation finns för försäkringsförmedlaren, eller kommer att finnas senast i samband med att verksamheten sätts i gång:

En riskbedömning och interna regler om penningtvätt och terroristfinansiering enligt FFFS 2017:11[[3]](#footnote-3).

Ja [ ]  Nej [ ]

Interna regler för kunskap och kompetens (8 kap. 3 § FFFS 2018:10).

Ja [ ]  Nej [ ]

Interna regler för ersättningssystem (8 kap. 4 § FFFS 2018:10).

Ja [ ]  Nej [ ]

Interna regler för klagomålshantering (10 kap. 3§ FFFS 2018:10).

Ja [ ]  Nej [ ]

Etiska riktlinjer enligt FFFS 1998:22.

Ja [ ]  Nej [ ]

## Upplysningar

Lämna eventuella övriga upplysningar till Finansinspektionen nedan.

|  |
| --- |
|       |

Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

Datum:

Behörig firmatecknares namnteckning

…………………………………………………………………………………………..

Namnförtydligande

|  |
| --- |
|       |

1. Enligt 1 kap. 14 § försäkringsrörelselagen (2010:2043), med den skillnaden att det som anges där om försäkringsföretag i stället ska avse försäkringsförmedlare. [↑](#footnote-ref-1)
2. Med detta menas distribution av återförsäkring [↑](#footnote-ref-2)
3. Detta behövs enbart för de försäkringsförmedlare som avser att bedriva försäkringsdistribution avseende livförsäkring. [↑](#footnote-ref-3)