# Ansökan om tillstånd som anknuten försäkringsförmedlare – fysisk person

Denna blankett kan användas vid ansökan för anknuten försäkringsförmedlare som är fysisk person att bedriva försäkringsdistribution av försäkringsbaserade investeringsprodukter eller vissa pensionsförsäkringar enligt lag (2018:1219) om försäkringsdistribution (LFD).

Samtliga delar av blanketten ska bemötas 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 den fysiska personen i den anknutna försäkringsförmedlaren in uppgifter från Polismyndigheten, Bolagsverket, Skatteverket och företag som erbjuder kreditupplysningar.

## Kontaktuppgifter

Vem ska Finansinspektionen kontakta med anledning av denna ansökan?

Namn:

Titel:

Adress:

Telefon:

Mejl:

Vilken fysisk person avser auktorisationen (inklusive personnummer)?

|  |
| --- |
|       |

Den person som anges ovan ska fylla i bilaga 1 i FFFS 2018:10, inklusive meritförteckning, och bilägga ansökan.

|  |
| --- |
|       |

Bilägg bevis om godkänt kunskapstest enligt 4 kap. 8 § FFFS 2018:10.

|  |
| --- |
|       |

Uppgift om vilka tillstånd som söks.

[ ]  Distribution av försäkringsbaserade investeringsprodukter (IBIPS) enligt 6 kap. 1 § lagen om försäkringsdistribution.

[ ]  Distribution av vissa pensionsförsäkringar enligt 7 kap. 1 § lagen om försäkringsdistribution.

Uppgift om fortlöpande fortbildning och yrkesutveckling enligt 4 kap. 11-12 §§ FFFS 2018:10.

|  |
| --- |
|       |

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

|  |
| --- |
|       |

Uppgift om vem som är klagomålsansvarig i den anknutna försäkringsförmedlaren.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn** | **Personnummer** | **Mejl** |
|       |       |       |

Bekräfta att följande dokumentation finns för den anknutna försäkringsförmedlaren, eller senast finns i samband med att verksamheten sätts igång.

En riskbedömning och interna regler om penningtvätt och terroristfinansiering enligt FFFS 2017:11.

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 istället ska avse försäkringsförmedlare. [↑](#footnote-ref-1)