

Ansökan Förmedlaransvarsförsäkring

Årspremie per förmedlare
Försäkringsperiod 1 april 2026 – 31 mars 2027

- Sakförsäkringsförmedlare, som är licensierad hos InsureSec den 1 april 2026 **16 583:-**
- Sakförsäkringsförmedlare, som inte är licensierad hos InsureSec **19 220:-**
- Livförsäkringsförmedlare som är licensierade hos InsureSec **15 395:-**
- Sak- och livförsäkringsförmedlare som inte är licensierad hos InsureSec **34 613:-**
- Sak- och livförsäkringsförmedlare, som är licensierad hos InsureSec den 1 april 2026 **31 997:-**

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 anställda 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 anställda 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 anställda har minst två års relevant försäkringserfarenhet de fem senaste åren.
- ☐ Den anställda 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 förvaltarenskap 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 anställda.

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 vill teckna excess**Ansökan****Excessförsäkring**
för sak- och livförsäkringsförmedlare

Kontaktperson:	
Antal sakförsäkringsförmedlare	
Antal "tvåbenta förmedlare"	
Valt försäkringsbelopp:	Årspremie per förmedlare: ☐ Alt 1 AIG EUR 935 390 per skada/ EUR 1 870 780 per år SEK 10 594 ☐ Alt 2 AIG EUR 1 435 390 per skada/ EUR 2 870 780 och år SEK 13 823 ☐ Alt 3 AIG EUR 2 435 390 per skada/ EUR 4 870 780 per år SEK 20 123 ☐ Alt 4 AIG EUR 3 435 390 per skada/ EUR 6 870 780 per år SEK 26 305 ☐ Alt 5 AIG Kontakta SFM för information ☐ Alt 6 AIG 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, ☐ Ja ☐ Nej
har skadeanmälan gjorts till Er försäkringsgivare?

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.