

Förenklad medlemsansökan – förmedlare

Den förenklade medlemsansökan är avsedd för förmedlare som uppfyller samtliga nedanstående kriterier:

- tidigare har varit medlem i föreningen senast två månader innan inkommen ansökan,
- är verksam i ett förmedlarbolag som är medlem i föreningen,
- har tillstånd som försäkringsförmedlare hos Finansinspektionen och är registrerad hos Bolagsverket eller anmäld till Finansinspektionen enligt gällande författningar,
- inte är anknuten försäkringsförmedlare,
- har en ansvarsförsäkring med författningssenlig omfattning och
- i övrigt bedöms lämplig som försäkringsförmedlare.

Sökandens uppgifter

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer, 12 siffror:

E-post arbete:

Tjänstetelefonnummer:

Arbetsgivare

Arbetsgivarens namn:

Organisationsnummer:

Ange det förmedlarbolag som ditt SFM-medlemskap ska kopplas till.

Tidigare medlemskap och erfarenhet

Tidigare förmedlarbolag:

Anställd mellan år/månad:

Sökandens intyg

- ☐ Jag bekräftar att uppgifterna i ansökan är korrekta och fullständiga.
- ☐ Jag accepterar att mina uppgifter behandlas enligt SFM:s personuppgiftshantering.
- ☐ Jag bekräftar att jag har tagit del av SFM:s stadgar och yrkesetiska riktlinjer, vilka finns tillgängliga på www.sfm.se.

Ort och underskrift

Ort:

Datum:

Sökandens underskrift:

Namnförtydligande:

Arbetsgivarens bekräftelse

Denna del ska fyllas i och undertecknas av en ansvarig person hos förmedlarbolaget, till exempel VD eller personalchef.

Sökandens namn:

Sökandens personnummer:

Förmedlarbolag:

Organisationsnummer:

Bolaget bekräftar följande

- ☐ Sökanden är verksam hos ovan angivet förmedlarbolag och bolaget känner till och godkänner att sökanden ansöker om medlemskap i SFM kopplat till bolaget.
- ☐ Uppgifterna om sökandens anställning och relevanta erfarenhet är korrekta och den sökande har minst två års relevant försäkringserfarenhet de fem senaste åren.
- ☐ Den sökande 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 och har inte heller ingått i ledningen för ett förmedlarbolag som omfattas av motsvarande återkallelse enligt det tidigare intyget.
- ☐ Den sökande har 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.

Ansvarig person hos arbetsgivaren

Namn:

Befattning:

E-postadress:

Ort:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Behandling av ansökan

Ansökan behandlas enligt SFM:s vid var tid gällande process för medlemsansökningar. Information om SFM:s hantering av personuppgifter finns på www.sfm.se.