

Medlemsansökan förmedlare

Personuppgifter

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Personnummer (12 siffror): _____

Kön: _____

E-post arbete: _____

Tjänstetelefonnummer: _____

Arbetsgivare

Arbetsgivarens namn: _____

Arbetsgivarens organisationsnummer: _____

Ange organisationsnumret för det bolag som ditt SFM-medlemskap ska kopplas till.

Organisationstillhörighet: _____

Anknuten försäkringsförmedlare

Är du registrerad som anknuten försäkringsförmedlare? ☐ Ja ☐ Nej

***Anknuten försäkringsförmedlare:**

En förmedlare som har ingått avtal med ett eller flera försäkringsbolag om att distribuera deras försäkringsprodukter.

Dessa produkter får inte konkurrera med varandra och avtalet ska innebära att försäkringsföretaget är ansvarigt för ren förmögenhetsskada som kan uppkomma om förmedlaren åsidosätter sina skyldigheter.

En anknuten försäkringsförmedlare behöver som huvudregel inte söka eget tillstånd hos Finansinspektionen.

Eget tillstånd krävs dock vid distribution av försäkringsbaserade investeringsprodukter eller pensionsförsäkring med förfallo- eller återköpsvärde som är exponerat mot marknadsvolatilitet.

Verksam under kategori ☐ Sak ☐ Liv

Har du licens hos InsureSec? ☐ Ja ☐ Nej

Personuppgiftshantering

☐ Jag accepterar att mina uppgifter behandlas enligt SFM:s personuppgiftshantering.

Uppgifter om förmedlingsverksamheten

Försäkringsgivare utanför EU/EES

Förmedlar du försäkringar där försäkringsgivaren är belägen utanför EU/EES? ☐ Ja ☐ Nej

Huvudsakliga anställningar de senaste fem åren

För att ansöka om medlemskap i SFM gäller som huvudregel att du ska ha arbetat med försäkringsförmedling som din huvudsakliga yrkesverksamhet under minst två av de senaste fem åren. Ange endast relevant erfarenhet från de senaste fem åren.

Erfarenheten kan ha förvärvats exempelvis genom arbete som försäkringsförmedlare, under kvalificerad handledning eller genom andra relevanta arbetsuppgifter inom försäkrings- och finansbranschen.

Erfarenhet/anställning 1

Arbetsgivare: _____

Från datum: _____

Till datum: _____

Relevant befattning/arbetsuppgifter:

Erfarenhet/anställning 2

Arbetsgivare: _____

Från datum: _____

Till datum: _____

Relevant befattning/arbetsuppgifter:

Erfarenhet/anställning

Arbetsgivare: _____

Från datum: _____

Till datum: _____

Relevant befattning/arbetsuppgifter:

Behöver du fler rader så skriv nedan

Frågor och intyg

Skriftligt uppdragsavtal

Upprättar du ett skriftligt uppdragsavtal med kunden som tydligt beskriver uppdragets omfattning, båda parter ansvar och avtalsvillkor? ☐ Ja ☐ Nej

Om nej: vänligen motivera varför och beskriv hur uppdragets omfattning och övriga villkor (inklusive ersättning) hanteras

Kundklagomålshantering

Känner du till rutinerna för kundklagomålshantering på ditt företag? ☐ Ja ☐ Nej

Intressekonflikter

Känner du till om ditt företag har rutiner för att hantera intressekonflikter? ☐ Ja ☐ Nej

Penningtvätt och finansiering av terrorism

Känner du till om ditt företag har rutiner för att motverka penningtvätt och finansiering av terrorism? ☐ Ja ☐ Nej

Arbetsgivarens bekräftelse

Ansökan ska bekräftas av en ansvarig person hos arbetsgivaren.

Den ansvariga personen bekräftar att:

sökanden är verksam hos angiven arbetsgivare,

uppgifterna om sökandens anställning och erfarenhet är korrekta, och

arbetsgivaren känner till och godkänner att sökanden ansöker om medlemskap i SFM kopplat till bolaget.

Namn på ansvarig person: _____

Befattning: _____

E-postadress: _____

☐ Jag bekräftar ovanstående uppgifter för arbetsgivarens räkning.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Intyg

☐ Jag bekräftar att jag har tagit del av SFM:s hantering av personuppgifter, stadgar och yrkesetiska riktlinjer, vilka finns tillgängliga på www.sfm.se.

Ort och datum

Ort: _____

Datum: _____

Underskrift

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____