

**BEKRÄFTELSE AV GÄLLANDE OMBUDSAVTAL
(juridisk person)**

Vi bekräftar, att nedannämnda ombud har ett gällande ombudsavtal med vårt bolag, med stöd av vilket ombudet utövar försäkringsförmedling för vårt bolags räkning och på vårt bolags ansvar på det sätt som avses i 3 § i lagen om försäkringsförmedling (570/2005).

Vi meddelar utan dröjsmål Försäkringsinspektionen när ombudsavtalet upphör.

Ombudets uppgifter

Officiellt namn	FO-nummer	
Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Hemort	Land
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatoriskt)	

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Tid och plats

Försäkringsgivarens officiella namn och förtydligande av underskrift

**ANSÖKAN OM REGISTRERING SOM OMBUD
(juridisk person)****Den juridiska personens uppgifter**

Officiellt namn		FO-nummer
Gatuadress		Postnummer
		Postanstalt
Telefonnummer	Hemort	Land
E-postadress (inte obligatorisk)		Faxnummer (inte obligatoriskt)

Uppgifter om ombudsverksamheten

Bedrivs verksamheten som huvudsyssla <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Om verksamheten bedrivs som bisyssla, uppge huvudsysselsättningen
Den ansvariga föreståndarens fullständiga namn
De officiella namnen på de försäkringsgivare som sökanden representerar

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Den sökande skall bifoga till ansökan de utredningar som avses i punkt 1.2.1 i Försäkringsinspektionens samling av föreskrifter och anvisningar.

**ANMÄLAN OM ÄNDRING AV FÖRSÄKRINGSGIVARE SOM REPRESENTERAS
(juridisk person)****Ombudets uppgifter**

Officiellt namn	FO-nummer	
Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Hemort	Land
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatorisk)	

Jag anhåller om att följande nya försäkringsgivare införs i försäkringsförmedlarregistret (försäkringsgivarnas officiella namn):

Jag anhåller om att följande försäkringsgivare stryks från de försäkringsgivare som vi representerar och som antecknats i försäkringsförmedlarregistret (försäkringsgivarnas officiella namn):

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Ombudet skall till anmälan bifoga bekräftelser av gällande ombudsavtal (bilaga A eller innehållande motsvarande uppgifter) från de nya försäkringsgivare som representeras, samt intyg om sin yrkeskompetens utfärdade av de nya försäkringsgivare som representeras till de ombud i den juridiska personens tjänst som är införda i försäkringsförmedlarregistret (bilaga C eller innehållande motsvarande uppgifter).

ANSÖKAN OM REGISTRERING SOM OMBUD
(fysisk person som skall börja i anställning hos juridisk person)

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Hemort (kommun)	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	
Telefonnummer		

Den juridiska personens uppgifter

Det officiella namnet på den juridiska person, i vars anställning sökanden skall börja

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Den sökande skall bifoga till ansökan de utredningar som avses i punkt 1.2.2 i Försäkringsinspektionens samling av föreskrifter och anvisningar. Sökandens personbeteckning, hemadress och telefonnummer syns inte i det offentliga försäkringsförmedlarregistret.

**ANSÖKAN OM REGISTRERING SOM OMBUD
(enskild näringsidkare)****Personuppgifter**

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Hemort (kommun)	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	
Telefonnummer		

Uppgifter om driftställe

Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Land	
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatorisk)	

Uppgifter om ombudsverksamheten

Bedrivs verksamheten som huvudsyssla <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Om verksamheten bedrivs som bisyssla, uppge huvudsysselsättningen
De officiella namnen på de försäkringsgivare som sökanden representerar

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Den sökande skall bifoga till ansökan de utredningar som avses i punkt 1.2.2 i Försäkringsinspektionens samling av föreskrifter och anvisningar.

Sökandens personbeteckning, hemadress och telefonnummer syns inte i det offentliga försäkringsförmedlarregistret.

**ANMÄLAN OM ÄNDRING AV FÖRSÄKRINGSGIVARE SOM REPRESENTERAS
(enskild näringsidkare)****Ombudets uppgifter**

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Boningsort	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	

Uppgifter om driftställe

Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Land	
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatoriskt)	

Jag anhåller om att följande nya försäkringsgivare införs i försäkringsförmedlarregistret (försäkringsgivarnas officiella namn):

Jag anhåller om att följande försäkringsgivare stryks från de försäkringsförmedlare som vi representerar och som antecknats i försäkringsförmedlarregistret (försäkringsgivarnas officiella namn):

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Ombudet skall till anmälan bifoga bekräftelser av gällande ombudsavtal (bilaga B eller innehållande motsvarande uppgifter) från de nya försäkringsgivare som representeras, samt intyg om ombudets yrkeskompetens utfärdade av de nya försäkringsgivare som representeras (bilaga C eller innehållande motsvarande uppgifter).

Sökandens personbeteckning, hemadress och telefonnummer syns inte i det offentliga försäkringsförmedlarregistret.

**BEKRÄFTELSE AV GÄLLANDE OMBUDSAVTAL
(enskild näringsidkare)**

Vi bekräftar, att nedannämnda ombud har ett gällande ombudsavtal med vårt bolag, med stöd av vilket ombudet utövar försäkringsförmedling för vårt bolags räkning och på vårt bolags ansvar på det sätt som avses i 3 § i lagen om försäkringsförmedling (570/2005).

Vi meddelar utan dröjsmål Försäkringsinspektionen när ombudsavtalet upphör.

Ombudets uppgifter

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Boningsort	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	

Uppgifter om driftställe

Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Land	
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatorisk)	

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Tid och plats

Försäkringsgivarens officiella namn och förtydligande av underskrift

**INTYG OM OMBUDETS YRKESKOMPETENS**

Vi intygar, att nedannämnda ombud har sådan yrkeskompetens som avses i 12 § i lagen om försäkringsförmedling (570/2005) och som är tillräcklig med hänsyn till verksamhetens art och omfattning. Ombudet känner i synnerhet till de försäkringar han eller hon representerar och den lagstiftning som behövs i försäkringsförmedling samt god försäkrings sed och behärskar därtill de praktiska åtgärder som bedrivandet av verksamheten kräver.

Ombudets uppgifter

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Boningsort	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	

Uppgifter om den juridiska person, i vars anställning ombudet som fått intyget verkar (utom ifall ombudet är enskild näringsidkare)

Officiellt namn	FO-nummer
-----------------	-----------

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Tid och plats

Försäkringsgivarens officiella namn och förtydligande av underskrift

**ANSÖKAN OM REGISTRERING SOM FÖRSÄKRINGSMÄKLARE
(juridisk person)****Den juridiska personens uppgifter**

Officiellt namn	FO-nummer	
Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Hemort	Land
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatorisk)	

Uppgifter om försäkringsmäklarverksamheten

Verksamhetsbransch <input type="checkbox"/> livförsäkringar <input type="checkbox"/> skadeförsäkringar
Förmedlar sökanden tillgångar som tillhör kunden eller försäkringsgivaren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Bedrivs verksamheten som huvudsyssla <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Om verksamheten bedrivs som bisyssla, uppge huvudsysselsättningen
Den ansvariga föreståndarens fullständiga namn
Ansvarsförsäkringsgivarens officiella namn och försäkringsbeloppet i euro

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Den sökande skall bifoga till ansökan de utredningar som avses i punkt 3.2.1 och 3.3.1 i Försäkringsinspektionens samling av föreskrifter och anvisningar.



ANSÖKAN OM REGISTRERING SOM FÖRSÄKRINGSMÄKLARE
(fysisk person som skall börja i anställning hos juridisk person)

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Hemort (kommun)	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	
Telefonnummer		

Uppgifter om försäkringsmäklarverksamheten

Verksamhetsbransch
<input type="checkbox"/> livförsäkringar <input type="checkbox"/> skadeförsäkringar
Det officiella namnet på den juridiska person, i vars anställning sökanden skall börja

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Den sökande skall bifoga till ansökan de utredningar som avses i punkt 3.2.2 och 3.3.2 i Försäkringsinspektionens samling av föreskrifter och anvisningar.

Sökandens personbeteckning, hemadress och telefonnummer syns inte i det offentliga försäkringsförmedlarregistret.

**ANSÖKAN OM REGISTRERING SOM FÖRSÄKRINGSMÄKLARE
(enskild näringsidkare)****Personuppgifter**

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress (hem)	Postnummer	Postanstalt
Hemort (kommun)	Land	
Personbeteckning	Medborgarskap	

Uppgifter om driftställe

Gatuadress	Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	Land	
E-postadress (inte obligatorisk)	Faxnummer (inte obligatoriskt)	

Uppgifter om försäkringsmäklarverksamheten

Verksamhetsbransch <input type="checkbox"/> livförsäkringar <input type="checkbox"/> skadeförsäkringar
Förmedlar sökanden tillgångar som tillhör kunden eller försäkringsgivaren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Bedrivs verksamheten som huvudsyssla <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Om verksamheten bedrivs som bisyssla, uppge huvudsysselsättningen
Ansvarsförsäkringsgivarens officiella namn och försäkringsbeloppet i euro. Ifall den sökande inte har egen ansvarsförsäkring, namnet på den juridiska person, i vars ansvarsförsäkring sökanden ingår.

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Den sökande skall bifoga till ansökan de utredningar som avses i punkt 3.2.2 och 3.3.2 i Försäkringsinspektionens samling av föreskrifter och anvisningar. Sökandens personbeteckning, hemadress och telefonnummer syns inte i det offentliga försäkringsförmedlarregistret.

Försäkringsmäklare:

FO-nummer:

År

Kontaktpersonens namn och telefonnummer:

E-post:

SAMMANDRAG

(Penninguppgifter ges med en euros noggrannhet)	år t	% ¹⁾	år t-1	% ¹⁾
Premier av försäkringar som förmedlats av försäkringsmäklaren				
<i>Skadeförsäkring</i>				
Till inhemska försäkringsanstalter				
Till utländska försäkringsanstalter				
Lagstadgad olycksfallsförsäkring				
Sammanlagt				
<i>Livförsäkring</i>				
Till inhemska försäkringsanstalter				
Till utländska försäkringsanstalter				
Lagstadgad pensionsförsäkring				
Sammanlagt				
<i>Försäkringspremier sammanlagt</i>				
Största försäkringsgivare				
<i>Skadeförsäkring</i>				
1 Bolagets namn				
2 Bolagets namn				
3 Bolagets namn				
<i>Livförsäkring</i>				
1 Bolagets namn				
2 Bolagets namn				
3 Bolagets namn				
Penningrörelse				
<i>Försäkringspremier som betalats via försäkringsmäklaren</i>				
Skadeförsäkring				
Livförsäkring				
Sammanlagt				
<i>Ersättningar som betalats via försäkringsmäklaren</i>				
Skadeförsäkring				
Livförsäkring				
Sammanlagt				
Provisioner och arvoden				
<i>Provisioner som erhållits av försäkringsgivare</i>				
Skadeförsäkring				
Lagstadgad olycksfallsförsäkring				
Livförsäkring				
Lagstadgad pensionsförsäkring				
Sammanlagt				
<i>Arvoden som betalats av uppdragsgivare</i>				
Sammanlagt				
<i>Provisionerna och arvodena sammanlagt</i>				
Avtal, st				
Nya uppdragsavtal som ingåtts under året		-		-
Gällande uppdragsavtal ²⁾		-		-
Personer som handlar för försäkringsmäklarens räkning				
Registerade försäkringsmäklare ²⁾		-		-
Antal anställda totalt ³⁾		-		-
Omsättning				
Rörelsekostnader				
Material och tjänster				-
Personalkostnader sammanlagt				-
Löner och arvoden		-		-
Lönebikostnader		-		-
Avskrivningar och nedskrivningar		-		-
Övriga rörelsekostnader		-		-
Rörelsekostnader sammanlagt		-		-

¹⁾ procent av "försäkringspremier som förmedlats av försäkringsmäklaren sammanlagt"

²⁾ situationen vid utgången av rapporteringsåret

³⁾ genomsnittlig siffra under rapporteringsåret

Försäkringsmäklare:

FO-nummer:

Kontaktpersonens namn och telefonnummer:

E-post:

År

PREMIER AV FÖRSÄKRINGAR SOM FÖRMEDLATS AV FÖRSÄKRINGSMÄKLAREN
Skadeförsäkring

Skadeförsäkring	SAMMANLAGT	Försäkringsgivares namn												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Lagstadgad olycksfallsförsäkring														
Övrig skadeförsäkring														
SAMMANLAGT, i euro														
Bolagets andel av alla premier, %														

Skadeförsäkring	SAMMANLAGT	Försäkringsgivares namn												
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			
Lagstadgad olycksfallsförsäkring														
Övrig skadeförsäkring														
SAMMANLAGT, i euro														
Bolagets andel av alla premier, %														