**Anmälan om ändring eller upphörande av ansvarsförsäkring**

**– för fysisk eller juridisk person med tillstånd för försäkringsdistribution**

Anmälan avser information om den fysiska eller juridiska personen med tillstånd för försäkringsförmedling vid ändring eller upphörande av en ansvarsförsäkring.

Blanketten ska fyllas i av **försäkringsbolaget** och skickas till Finansinspektionen per e-post till **ansvarsforsakringar@fi.se**.

En anställd försäkringsförmedlare hos en juridisk person ska inte anmälas till

Finansinspektionen.

**Fysisk person som omfattas av ansvarsförsäkring**

Namn:

Personnummer:

**Juridisk person som omfattas av ansvarsförsäkring**

Namn:

Org. nr:

**Ändring eller upphörande av ansvarsförsäkring**

Helt

Delvis

Livförsäkringsförmedling  Skadeförsäkringsförmedling

|  |
| --- |
|  |

**Datum för ändring eller upphörande av försäkringens giltighet**

|  |
| --- |
|  |

Eller:

Försäkringen upphör att gälla en månad efter Finansinspektionens mottagande av denna

**Om anmälan avser information om att ersättningsnivån i ansvarsförsäkringen understiger kraven som anges i 7 kap. FFFS 2018:10, vänligen redogör vad förändringen innebär och skälen till förändringen**

|  |
| --- |
|  |

**Försäkringsgivare**

Namn på försäkringsbolaget

|  |
| --- |
|  |

Försäkringsbolagets organisationsnummer

|  |
| --- |
|  |

Namn på kontaktperson

|  |
| --- |
|  |

Telefonnummer kontaktperson

|  |
| --- |
|  |

E-post kontaktperson

|  |
| --- |
|  |

Lagen (2018:1219) om försäkringsdistribution. Förordning (2018:1231) om försäkringsdistribution. Finansinspektionens föreskrifter (2018:10) om försäkringsdistribution.

**Försäkringstagare – fysisk eller juridisk**

Ange namn och personnummer för den fysiska personen som är försäkringstagare

eller namn och organisationsnummer för den juridiska personen som är försäkringstagare.

**Ändring eller upphörande av försäkring**

Ange om ansvarsförsäkringen upphör helt eller delvis. Om den upphör delvis, ange vilka områden som försäkringen inte längre omfattar.

**Datum för ändring eller upphörande**

Fyll i det datum som försäkringen slutar att gälla. Ange antingen slutdatum enligt ÅÅÅÅ-MM-DD eller om försäkringen ska upphöra att gälla en månad efter att Finansinspektionen mottar denna anmälan.

Observera att försäkringen tidigast upphör att gälla en månad efter att

Finansinspektionen har underrättats om upphörandet**.**

**Ersättningsnivå**

Fyll i information om vilket belopp som försäkringen täcker. Om beloppen skulle understiga beloppen som framgår av 7 kap. FFFS 2018:10, ange skälen för detta.

**Försäkringsgivare**

Ange namn och organisationsnummer på det försäkringsbolag som utfärdat ansvarsförsäkringen. Ange namn, telefonnummer och e-postadress på en kontaktperson hos försäkringsbolaget.