

# Förmedlingsföretag



## Uppgifter förmedlingsföretag

\*Obligatorisk uppgift

Nyregistrering  Ändring

Förmedlingsföretag\* Organisationsnummer\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Eventuell boxadress Adress

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Postnummer Postort

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Telefonnummer\* E-postadress\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Förmedlingsföretaget ingår i koncern/sfär Medlem i Svenska försäkringsförmedlares förening (SFM)?

|  |  |
|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--|--|

## Uppgifter om beståndsfil och direktsvar på fullmaktsförfrågan

Beståndsfilen skickas periodvis varje vecka som en XML-fil till filcentralen. XML-filen följer MisLife standard för försäkringsinformation.

Er kontaktperson och ansvarig för den periodiska beståndsfilen

|  |
|--|
|  |
|--|

E-postadress Telefonnummer

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Er kontaktperson för tekniska frågor Telefonnummer

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Vid nyteckning behöver även samarbetsavtal mellan AMF och er som förmedlingsföretag bifogas.

## Underskrift av behörig firmatecknare

Ovan angivet förmedlingsföretag anmäler härmed om anslutning till AMF.

Undertecknad har tagit del av Allmänna bestämmelser i samarbetsavtalet avseende förmedling av försäkring.

Ort och datum\*

|  |
|--|
|  |
|--|

Underskrift av behörig firmatecknare\* Namnförtydligande\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**i** AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på [www.amf.se](http://www.amf.se)



**Mejla den ifyllda blanketten och samarbetsavtal (vid nyteckning) till: [formedlare@amf.se](mailto:formedlare@amf.se) eller skicka dem per post till: AMF, Kundadministration, 113 88 Stockholm**