**Bekräftelse av ombudets yrkeskompetens**

**Fysisk person (ny person som deltar i försäkringsdistribution/privat näringsidkare)**

**Vi bekräftar att nedan nämnda ombud utifrån gällande ombudsavtal bedriver försäkringsdistribution för vårt bolags räkning och på bolagets ansvar på det sätt som avses i 5 § 1 mom. 3 punkten i lagen om försäkringsdistribution (234/2018).**

**Vi bekräftar även att ombudet uppfyller kraven på yrkeskompetens och upprätthållande av den enligt 18–20 § i lagen om försäkringsdistribution samt de minimikrav på yrkeskompetens och kunskaper som fastställs i social- och hälsovårdsministeriets förordning om minimikrav på yrkeskompetens och kunskaper hos försäkringsdistributörer, personer som deltar i försäkringsdistribution och personer som ansvarar för försäkringsdistribution särskilt om vårt bolags försäkringar, i vilkas distribution ombudet deltar. Vårt bolag säkerställer i enlighet med 19 kap. 3 § i lagen om försäkringsdistribution att våra ombud och sidoverksamma ombud har tillräcklig yrkeskompetens och kunskap.**

**Vi meddelar Finansinspektionen utan dröjsmål om att ombudsavtalet avslutats eller om uppdagade brister i vårt ombuds yrkeskunskap.**

**Ombudets uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Officiellt namn | Personbeteckning |

**Vi försäkrar att de givna uppgifterna är riktiga.**

|  |
| --- |
| Ort och datum |

|  |  |
| --- | --- |
| Försäkringsgivarens officiella namn | Underskrift och namnförtydligande |