

**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 Finansinspektionen 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

**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 Finansinspektionen 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 obligatoriskt)	

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är korrekta.

---

Tid och plats

Försäkringsgivarens officiella namn och förtydligande av underskrift