**SØKNAD OM OVERGANG TIL AUTORISASJON I FORSIKRING**

Søknaden sendes: post@finaut.no

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn  | Fødselsdato  | Stilling  |
| E-postadresse: |
| Jeg har i dag autorisasjon som **forsikringsrådgiver** innen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Ting - Privat
 |  | * Personforsikring
 |  |
| Og søker overgang til autorisasjonsordningen i: |
| * Skadeforsikring (GOS)
 |  | * Personforsikring
 |  |

 |
| Jeg bekrefter at følgende forutsetning for overgang til ny autorisasjonsordning er møtt:* Autorisasjonen er gyldig (5 år fra du fikk utstedt autorisasjonen eller siste fornyelse, og at du er virksom med det du har autorisasjon for)
* Bedriften jeg er ansatt i er medlem av FinAut
* Jeg kjenner til og er forpliktet til å følge FinAuts regelverk
* Jeg kjenner til og er forpliktet til å følge God skikk
* Jeg inneforstått med kravet til årlig oppdatering (FinAuts regelverk § 3-7)
 |
| Sted og dato  | Underskrift  |

|  |
| --- |
| **ATTESTASJON – Fylles ut av bedriftsansvarlig (BA) i bedriften:** |
| Selskapets navn:Bedriftsansvarliges navn: |
| Søknaden skal gjennomgås og anbefales før den oversendes FinAuts administrasjon.Jeg bekrefter at søkeren har minimum 3 års praksis og er virksom med det som det søkes autorisasjon for.  |
| Sted og dato  | Underskrift bedriftsansvarlig  |