**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 |