**Bekräftelse av gällande ombudsavtal och yrkeskompetens**

**juridisk person (Ab, Kb, öppet bolag)**

**Vi bekräftar att nedan nämnda ombudsbolag har ett gällande ombudsavtal med vårt bolag, utifrån vilket ombudet 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 18–21 § 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 försäkringsprodukter, i vilkas distribution ombudsbolaget 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.**

**Ombudsbolagets uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Officiellt namn | FO-nummer |

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

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

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