

A. Försäkringstagare	
1. Namn	2. Personbeteckning/FO-nummer
3. Kontaktperson (om försäkringstagaren är ett företag)	4. Födelsestad och -land
5. Adress (bostad/registrerad)	6. Postnummer och ort
7. Skatterättslig hemvist (ifall det finns flera, använd separat papper)	8. Skattenummer (om skatterättslig hemvist är annan än Finland) (om inget nummer finns, ange anledningen - ifall det finns flera, använd separat papper)
9. Anställningsstatus (för privat försäkringstagare)	
<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egenföretagare <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Arbetslös <input type="checkbox"/> Annat _____ Om anställd eller egenföretagare, uppgi:	
9(b) Företagets namn _____	9(a) Yrke/titel _____
	9(c) Verksamhetsområde _____
10. Person i politiskt utsatt ställning (PEP):	
<input type="checkbox"/> Ja, jag är en PEP 10(a) PEPs befattning (t.ex. diplomat) _____	
<input type="checkbox"/> Ja, jag är släkt/nära medarbetare med en PEP 10(b) Relation till PEP (t.ex. En själv, make, maka osv.) _____	
<input type="checkbox"/> Ej PEP status	
En person i politiskt utsatt ställning är en person som under de senaste 18 månaderna har haft en betydande offentlig ställning eller dennas familjemedlem eller känd medarbetare. Om 'Ja', ange orsak: (se Riktlinjer för åtgärder mot penningtvätt för exempel)	
11. För privat försäkringstagare:	
Är du en amerikansk medborgare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har din skatterättsliga hemvist i USA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om svaret till någondera fråga är 'Ja', <b>füll i USAs skatteidentifieringsnummer (TIN)</b> _____	
12. E-post	13. Telefon dagtid (inkl. riktnr)
14. Välj en adress som gäller för all korrespondens gällande försäkringsavtalet (endast en ruta får kryssas i)	
<input type="checkbox"/> All korrespondens ska skickas direkt till sökandes bostadsadress enligt ovan <input type="checkbox"/> All korrespondens ska skickas direkt till nedanstående adress (om den skiljer sig från sökandes bostadsadress)	
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	

## Obs:

- **Åtgärder mot penningtvätt**

SEB Life International måste delges följande information om personer:

(1) namn, (2) födelsedatum, (3) underskrift, (4) nuvarande bostadsadress.

- Denna information ska verifieras med hjälp av en ID-handling med foto samt en ID-handling utan foto. Mer information finns i våra Riktlinjer för åtgärder mot penningtvätt.

- Företrädare för juridiska personer bör begära en kopia av våra riktlinjer för åtgärder mot penningtvätt för juridiska personer och fylla i blanketten 'Ytterligare information om företagskunder'.

**B. Försäkrad (anges om försäkringstagare är ett företag)**

Namn		Personbeteckning									
Adress					Telefon dagtid (inkl. riktnr)						
Postnummer och ort					E-post						

**C. Premieinformation**

Totalt premiebelopp \_\_\_\_\_

Betalningsmetod	OCH	Belopp
<input type="checkbox"/> Bankgiro		
<input type="checkbox"/> Överföring av värdepapper		

**D. Investeringens/förmögenhetens ursprung**

Var har investeringen/förmögenheten sitt ursprung? (mer än en ruta kan kryssas)

<input type="checkbox"/> Besparingar från inkomster	<input type="checkbox"/> Besparingar från placering	<input type="checkbox"/> Försäljning av placering	<input type="checkbox"/> Försäljning av egendom
<input type="checkbox"/> Försäljning av företag	<input type="checkbox"/> Gåva	<input type="checkbox"/> Lån	<input type="checkbox"/> Arv
<input type="checkbox"/> Övriga <small>(t.ex. domstolsbeslut/pris)</small>			

**Ange information om det bankkonto från vilket denna premie betalas.**Premiebetalningar ska betalas direkt till SEB Life International.  
Betalningar måste göras från bankkonton i den sökandes namn.

Bankens namn					Kontoinnehavares namn				
IBAN					BIC/Swift-kod				
Bankkontots land									

**Överföring av värdepapper och förvarets land**

Ange namnet på den förvaltande bank som sköter överföringen samt landet där förvaret finns.

Ange ett relevant kontonummer för förvaret samt styrkta kopior av de ursprungliga kontoutdragen

- Obs:**
- Om premiebetalningen kommer från mer än en källa ska "Investeringens/förmögenhetens ursprung"-delen fyllas i och undertecknas av försäkringstagaren för varje källa och sedan bifogas denna ansökan.
  - Utfärdandet av försäkring skjuts upp till dess att överföringen av värdepapper har slutförts.

**E. Förmögenhetsförvaltning och förvar**

Förmögenhetsförvaltare					Kontaktperson hos förmögenhetsförvaltaren				
Förvarsinstitut (om annan än förmögenhetsförvaltaren)					Förvars- och kontonummer (ifylls av SEB Life International)				

**F. Utnämning av förmånstagare (för privatkunder)****Förmånstagare i händelse av den försäkrades död.**

Jag begär att den dödsfallsersättning som baserar sig på min försäkring efter min död ska utfalla till de förmånstagare som anges nedan:

<input type="checkbox"/> Anhöriga	<input type="checkbox"/> Make/maka	<input type="checkbox"/> Barn	<input type="checkbox"/> Make/maka och barn	<input type="checkbox"/> Övriga (se separat formulär)
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---	---

**Om ingen förmånstagare har valts, betalas dödsfallsersättningen till den försäkrades dödsbo.** Fyll i formuläret 'Förmånstagarförordnade' om du vill att dödsfallsersättningen ska utbetalas till någon annan förmånstagare. Om försäkringstagaren är ett företag, ska dödsfallsersättningen alltid betalas till företaget.

**Förmånstagarens giftorätt till dödsfallsersättning**

<input type="checkbox"/> Förmånstagares nuvarande eller framtida maka/make har ingen giftorätt till den dödsfallsersättning som utbetalas under det här försäkringsavtalets villkor.
--

## G. Förmånstagare, definitioner

### Anhöriga

- Försäkringsbeloppet delas mellan den försäkrades maka/make och bröstarvingar på så sätt att hälften går till maka/make och andra hälften delas jämt mellan bröstarvingarna.
- Om den försäkrade vid sin död inte är gift betalas ersättningen i sin helhet åt bröstarvingarna. I avlidet barns ställe träder dennes barn.
- Om den försäkrade vid sin död varken har barn, eller deras avkomlingar vid liv, betalas ersättningen i sin helhet åt makan/maken.
- Om den försäkrade vid sin död varken har maka/make, barn eller deras avkomlingar vid liv betalas ersättningen till den försäkrades föräldrar. Om en förälder är död träder hans/hennes barn i hans/hennes ställe, alltså den försäkrades syskon och i avlidets syskons ställe träder hans/hennes avkomlingar.
- Om ingendera föräldern och inga syskon eller avkomlingar till syskonen lever när den försäkrade avlidit, utbetalas försäkringsbeloppet till den försäkrades far- och morföräldrar. I avlidet far- och morförälders ställe träder deras barn, alltså den försäkrades mostrar, fasttrar, mor- och farbröder. Den försäkrades kusiner har inte rätt till försäkringsbeloppet enligt "anhöriga". Försäkringsbeloppet betalas således till den försäkrades dödsbo i de fall de närmaste levande anhöriga är kusiner.

### Maka/make

- Försäkringsbeloppet betalas till den person som den försäkrade var gift med vid sin död.
- Försäkringsbeloppet betalas inte åt makan/maken, om makarnas skilsmässa var anhängig vid domstol vid dödsfallet. Ersättning betalas inte heller åt sambo. Om man önskar sambo som förmånstagare ska denne nämnas med namn och personbeteckning.
- Om den försäkrade inte är gift vid sin död betalas ersättningen till den försäkrades dödsbo

### Barn

- Försäkringsbeloppet delas mellan den försäkrades bröstarvingar såsom arv enligt ärvdabalken. Ersättningen delas jämnt mellan den försäkrades alla barn. I avlidet barns ställe träder dennes barn.
- Om den försäkrade vid sin död inte har några barn, eller deras avkomlingar vid liv, betalas ersättningen till den försäkrades dödsbo.

### Maka/make och barn

- Försäkringsbeloppet delas mellan den försäkrades maka/make och bröstarvingar på så sätt att makan/maken får hälften av beloppet och barnen delar på den andra hälften av försäkringsersättningen.
- Om den försäkrade vid sin död inte är gift betalas ersättningen i sin helhet åt bröstarvingarna.
- Om den försäkrade vid sin död varken har barn, eller deras avkomlingar vid liv, betalas ersättningen i sin helhet åt makan/maken.
- Om den försäkrade vid sin död varken har maka/make, barn eller deras avkomlingar vid liv, betalas ersättningen till den försäkrades dödsbo.

### Namngiven person

- Om ingen av de namngivna förmånstagarna är vid liv vid den försäkrades död, betalas ersättningen till den försäkrades dödsbo.

### Viktigt

Förmånstagarförordnandet ska vara skriftligt och sändas till SEB Life International. För att vara giltigt måste förmånstagarförordnandet vara registrerat hos SEB Life International. Om ett förmånstagarförordnande är ikraft ingår den ersättning som betalas med anledning av den försäkrades dödsfall inte i den försäkrades dödsbo. Vid andra ersättningar än dödsfallsersättningar är försäkringstagaren förmånstagare.

## H. Pantsättning

Försäkringsavtalet är pantsatt, se bilaga

## I. Bedömning av den personliga riskprofilen och försäkringsproduktens lämplighet

Utöver mötet den \_\_\_\_\_ (dd/mm/åå) med din försäkringsförmedlare bekräftar detta avsnitt dina överenskomna ekonomiska behov och målsättningar samt grunderna till varför denna försäkringsprodukt har rekommenderats baserat på informationen du angivit i din KYC (Know Your Customer) bedömning.

### Överenskomna ekonomiska behov och målsättningar

*Jag förstår att SEB:s försäkringsprodukter är avsedda att användas på medellång till lång sikt och mitt viktigaste mål är:*

- Inkomst
- Kapitalvinst på medellång eller lång sikt
- Pensionsplanering
- Arvsplanering
- Annat, var vänlig specificera \_\_\_\_\_

### Investeringshorisont

- Kort sikt < 5 år – obs. den här försäkringsprodukten är möjligen inte lämplig.
- Medellång sikt 5 < 10 år.
- Lång sikt > 10 år.

### Kunskap och erfarenhet av investeringar

- Inga Jag har aldrig haft en investering\* tidigare.
- I någon mån Jag har haft en investering\* tidigare.
- Erfaren Jag har haft en investering\* tidigare och känner mig bekväm med investeringar.

\*Inklusive investeringsbaserade försäkringsprodukter

## I. Bedömning av den personliga riskprofilen och försäkringsproduktens lämplighet (forts)

### Övergripande investeringsriskprofil\*

- Försiktig placerare Jag är ute efter lågriskinvesteringar och lägger stor vikt vid kapitalskydd. Jag kan acceptera en mindre risk för förlust.
- Genomsnittsplacerare Jag har förståelse för att det är viss risk för svängningar i finansmarknader och avkastning. Jag kan acceptera en måttlig risknivå för förlust.
- Aggressiv placerare Jag kan acceptera en mycket hög risknivå genom att investera i extremt volatila tillgångar för att uppnå en potentiellt hög avkastning. Jag förstår att stora förluster kan uppstå.

\*Förluster kan uppstå för var investeringsriskprofil över tiden för din investering.

Den rekommenderade försäkringsprodukten motsvarar \_\_\_\_\_% av mina placeringsbara tillgångar

Den här försäkringsprodukten har rekommenderats dig baserat på den information du lämnat i "Känn din kund"-bedömningen och i detta dokument. Vår rekommendation är baserad på följande överväganden:

- Försäkringsproduktens överensstämmelse med kundens attityd och tolerans till risk
- Försäkringsproduktens förmåga att möta kundens överenskomna finansiella behov och investeringsmål
- Kundens finansiella situation och förmåga att bära förluster knutna till försäkringsprodukten, inklusive de underliggande tillgångarna
- Kundens kunskap och erfarenhet av investeringar, som är relevanta för den här specifika typen av produkt

Specificera din rekommendation här

## J. Vårdnadshavare/intressebevakare vid omyndig försäkringstagare

Ifall försäkringstagaren är omyndig, ska nedanstående information ges.

Märk att ifall den omyndige har två vårdnadshavare/intressebevakare, ska bägge underteckna ansökan.

Namn	Personbeteckning
------	------------------

Adress (om annan än försäkringstagarens)

Namn	Personbeteckning
------	------------------

Adress (om annan än försäkringstagarens)

### Till kännedom för vårdnadshavarna/intressebevakarna

1. Eventuellt återköp och övriga försäkringsersättningar utbetalas endast till omyndigs bankkonto (rekommendation av myndighet)
2. Vårdnadshavares/intressebevakares rätt att göra beslut gällande denna försäkring upphör då omyndig försäkringstagare blir myndig.
3. Om försäkringstagaren är omyndig, kan endast försäkringstagaren själv vara förmånstagare.

## K. Försäkringstagarens försäkrans

### Jag försäkrar att;

1. samtliga ovan angivna uppgifter är med sanningen överensstämmande samt att jag är bosatt på ovan angivna adress. Jag förstår att uppgifterna ska ligga till grund för försäkringsavtalet;
2. jag har tagit emot och läst allt relevant material (t. ex. Godkända värdepapper SEB Life International, förvaltningsavtal, prospekt, fondfaktablad m.m.) avseende tillgångarna som ska ligga i depån, inklusive information om riskerna kopplade till tillgångarna, och jag förstår materialet och accepterar riskerna;
3. har fått en lämplighetsbedömning utförd av min försäkringsförmedlare, vilken baserades på en analys av min kunskap, erfarenhet och finansiella situation, och att de valda tillgångarna och strategin är lämpliga för mina investeringsmål, investeringsriskprofil och risktoleransnivåer;
4. jag förstår att SEB Life International inte har givit eller kommer att ge finansiell rådgivning eller rådgivning kring skattekonsekvenserna av att håla de valda tillgångarna, och att jag själv svarar för val av förmögenhetsförvaltare, bland de värdepappersföretag som SEB Life International vid var tid anvisar, samt för val av förvaltningsstrategi;
5. har erhållit rådgivning av min förmögenhetsförvaltare om valet av tillgångar;
6. jag förstår att SEB Life International inte är ansvarig för avkastning eller de finansiella instrumentens värdeutveckling;
7. jag förstår och godkänner samtliga risker som hänför sig till denna försäkring och de finansiella instrument som vid var tid tillhör försäkringen;
8. jag förstår att tillgångarna i försäkringen inte omfattas av insättningsgarantifonden eller ersättningsfonden för investerare, jag

## K. Försäkringstagarens försäkran (fortsättning)

förstår att SEB Life International inte har givit eller kommer att ge utlåtanden beträffande ändamålsenlighet av de finansiella instrumenten i försäkringen;

9. jag försäkrar dessutom att jag läst allt tillhörande material (broschyr, faktablad, prisblad, värdepapperslista, försäkringsvillkor och förvaltningsstrategi), och försäkringsbolagets integritetspolicy (som även har delats med de personer, vilka jag eventuellt lämna personuppgifter om), och att jag förstår de ekonomiska risker som denna placering innebär;
10. den personliga riskprofilen och försäkringsproduktens lämplighet har förklarats för mig och jag bekräftar att den är en korrekt bedömning av den information som jag gett åt min försäkringsförmedlare;
11. förstår och accepterar rekommendationen av produkten baserat på de överenskomna finansiella behoven och målen, risktolerans, finansiell situation, förmåga att bära förluster, min kunskap och erfarenhet om investeringar som är relevanta för den här specifika typen av produkt;
12. förbinder mig att informera min förmedlare om väsentliga förändringar i mina ekonomiska behov och målsättningar eller i min placeringsriskprofil och omständigheter.
13. jag är införstådd med att min elektroniska underskrift av detta dokument har samma rättsliga effekt som en underskrift i original och är ett bevis på mitt samtycke och avsikt att vara juridiskt bunden till försäkringsvillkoren.

Jag bekräftar att min försäkringsförmedlare, efter konsultation och med mitt godkännande, har valt och givit mig information om ett begränsat antal investeringsalternativ för övervägande, och att den informationen gavs till mig i god tid.

Jag bekräftar att jag har tagit emot faktablad med ID  för de valda investeringsalternativen.

Namnteckning	Datum

Namnförtydligande

### Omyndig försäkringstagare

Välj ett av följande alternativ

- Denna ansökan är undertecknad av försäkringstagarens vårdnadshavare/intressebevakare
- Undertecknad är vårdnadshavare/intressebevakare till försäkringstagaren genom rättsens beslut (kopia av beslutet bifogas denna ansökan)
- Undertecknad är försäkringstagarens enda vårdnadshavare/intressebevakare (kopia av beslut eller utdrag ur personregistret bifogas denna ansökan)

Namnteckning <i>(ifall försäkringstagaren är omyndig ska bägge vårdnadshavare/ intressebevakare underteckna)</i>	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

## L. Dataskydd

Jag/vi godkänner härmed att: (a) SEB Life International innehar, behandlar och använder information och personuppgifter i enlighet med försäkringsbolagets Integritetspolicy; samt (b) att sådan information och personuppgifter behandlas och används av behöriga personer. Om jag/vi har gett SEB Life International tillgång till information eller personuppgifter för någon annan än mig/oss, så bekräftar jag/vi härmed följande: (i) att jag/ vi har överlämnat en kopia av försäkringsbolagets Integritetspolicy till gällande person/er; och (ii) att jag/vi uppfyller alla krav och skyldigheter kring dataskyddregelverket som är tillämpliga på mig/oss. Om den undertecknande är en juridisk person, anses den/de som undertecknar för den juridiska personen härmed försäkra att den/de har de nödvändiga befogenheterna att göra så och därmed binda den juridiska personen i fråga.

Sökandes namnteckning	Datum	dd / mm / åå
<b>X</b>		
Namnförtydligande		

- Obs:**
- Om sökanden är ett företag, måste behöriga firmatecknare skriva under dokumentet.
  - Ifall sökanden är omyndig, ska ansökan undertecknas av bägge föräldrar eller vårdnadshavarna.

## M. Ovanstående uppgifter inhämtade och kundkännedomsnivå satt av

Jag bekräftar att informationen i denna blankett överensstämmer med den i "KYC" bedömningen.

Datum

Representant för (Företagets fullständiga namn)

Namnteckning

Namnförtydligande

## N. Försäkringsförmedlarens

Firmakod (kundansvar)	Sälj-ID/förmedlarkod	Andel %	Sälj-ID/förmedlarkod	Andel %
Namn (förmedlare/försäljarens)		Telefon (inkl. riktnr)	E-postadress	
Företag		Utdelningsadress (gata, box e.d.)		

## O. Överenskomna försäkringsavgifter

Administrationsavgift, årligen 250 EUR samt rörlig avgift enligt trappmodell:

\_\_\_\_\_ % på värdet 0 – 500.000 EUR

\_\_\_\_\_ % på värdet 500.000 – 5.000.000 EUR

\_\_\_\_\_ % på värdet > 5.000.000 EUR

Investeringsavgift \_\_\_\_\_ % årligen på inbetald premie i 3 år.

## P. Övriga noteringar

---

---

---

---

Premiebetalningar ska betalas direkt till SEB Life International:

Bankens namn: SEB

Kontoinnehavare: SEB Life International

IBAN: FI35 3301 0001 3079 58

BIC: ESSEFIHX

Postadress: SEB Life International, Bloodstone Building, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Irland.  
Kundtjänst: +358 (0)800 9 0805 (avgiftfritt nummer inom Finland), E-post: life.finland@seb.fi, Växel: +353 1 478 07 00, Fax: +353 1 487 07 04

SEB Life International Assurance Company Designated Activity Company som verkar under namnet SEB Life International, står under tillsyn av Irlands centralbank. Registrerat i Republiken Irland. Bolagets säte: SEB Life International, Bloodstone Building, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Irland. Registreringsnummer 218391. Historisk utveckling är inte någon garanti för framtida resultat. Värdet på dina placeringar kan öka, men även minska. All information är korrekt på angivet datum augusti 2020 men innehållet kan komma att ändras.