

- i** • Försäkringsnummer kan innehålla 9-12 siffror, utan bindestreck
• Texta med versaler i hela formuläret

Försäkringsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. Försäkringsinformation

1. Försäkringstagarens namn

2. Personbeteckning/FO-nummer

3. Födelsestad och -land

4. Adress (bostad/registrerad)

5. Skatterättslig hemvist (ifall det finns flera, använd separat papper)

6. Skattnummer (om skatterättslig hemvist är annan än Finland) (om inget nummer finns, ange anledningen - ifall det finns flera, använd separat papper)

7. Anställningsstatus (för privat försäkringstagare)

☐ Anställd ☐ Egenföretagare ☐ Pensionär ☐ Studerande ☐ Arbetslös ☐ Annat _____

Om anställd eller egenföretagare, uppgi:

7(a) Företagets namn _____ 7(b) Verksamhetsområde _____

8. Person i politiskt utsatt ställning (PEP):

☐ Ja, jag är en PEP

8(a) PEPs befattning (t.ex. diplomat) _____

☐ Ja, jag är släkt/nära medarbetare med en PEP

8(b) Relation till PEP (t.ex. En själv, make, maka osv.) _____

☐ 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)

9. För privat försäkringstagare:

Är du en amerikansk medborgare?

☐ Ja ☐ Nej

Har din skatterättsliga hemvist i USA?

☐ Ja ☐ NejOm svaret till någondera fråga är **'Ja'**,**füll i USAs skatteidentifieringsnummer (TIN)** _____10. Välj en adress för **all** korrespondens gällande försäkringen (endast **en** ruta kan kryssas i)☐ All korrespondens ska skickas direkt till försäkringstagarens bostadsadress enligt ovan☐ All korrespondens ska skickas direkt till nedanstående adress (om den skiljer sig från försäkringstagarens bostadsadress)

--

Obs: • **Åtgärder mot penningtvätt**

SEB Life International är enligt kraven för Åtgärder mot penningtvätt (AML) skyldig att bekräfta och hålla kundinformation uppdaterad. Enligt AML riktlinjer, kan möjligen tilläggsinformation begäras.

B. Tilläggspremieinformation och tillgångarnas ursprung

Tilläggspremiebelopp _____ €

Var har tillgångarna sitt ursprung? (mer än en ruta kan kryssas)

- ☐ Förvärvsinkomster ☐ Besparingar från placering ☐ Försäljning av investeringar ☐ Försäljning av fastighet
☐ Försäljning av företag ☐ Arv ☐ Gåva ☐ Övriga (t.ex. domstolsbeslut/pris)

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

Bankens namn

Kontoinnehavares namn

IBAN

BIC/Swift-kod

Bankkontots land

Affärsrelationens syfte och karaktär

- ☐ Arvsplanering ☐ Inkomst ☐ Kapitalvinst på medellång eller lång sikt ☐ Pensionsplanering
☐ Annat _____

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 försäkringen skjuts upp till dess att överföringen av värdepapper har slutförts.

C. Val av fonder (i hela procentsatser)

Vill du investera din tilläggspremie enligt den existerande fondfördelningen? ☐ Ja ☐ Nej

Om "Nej", ange ditt val av fonder i tabellen nedan.

Fondens namn	Fondnummer	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Totalt		100%

D. Den sökandes försäkran

Jag bekräftar att jag:

1. är den sökande och jag gör denna försäkran om mig själv;
2. har inte min boningsort/ hemvist eller min stadigvarande boningsort i Irland;
3. har mottagit och läst allt relevant material (t.ex. fondprospekt) gällande de tillgångar som har valts i avsnitt C, och att materialet var adekvat för att bedöma tillgångarnas lämplighet, inklusive information om den risk som är associerad med tillgången. Jag förstår helt detta material och godtar riskerna;
4. är medveten om att jag inte har erhållit eller kommer att erhålla rådgivning avseende investeringar från SEB Life International och att jag ensam ansvarar för urvalet av de tillgångar som kommer att knutas till försäkringen;
5. är medveten om att SEB Life International inte tar ansvar för avkastningen på de tillgångar som är knuta till försäkringen eller för deras värdeutveckling.

Försäkringstagarens namnteckning

X

Namnförtydligande

Datum dd / mm / åå

Obs: • Om försäkringstagaren är ett företag, måste behöriga firmatecknare skriva under dokumentet.

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

X

Namnförtydligande

Datum dd / mm / åå

Obs: • Om försäkringstagaren är ett företag, måste behöriga firmatecknare skriva under dokumentet.
• Ifall försäkringstagaren är omyndig, ska ansökan undertecknas av bäge föräldrar eller vårdnadshavarna.