

Blanketten undertecknas och skickas via mail till life.finland@seb.fi

Namn:

Försäkringsnummer:

Födelsedatum: dd/mm/åå

E-postadress: (använd VERSALER)

Telefonnummer:

Försäkringsavtalets startdatum: dd/mm/åå

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.

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.

Försäkringstagare 1

X

Namnförtydligande

Datum dd/mm/åå

Försäkringstagare 2

X

Namnförtydligande

Datum dd/mm/åå

Obs: • Om företag ansöker måste lämpliga firmatecknare skriva under.