

- i** Följande dokument ska bifogas denna ansökningshandling och mailas till europewp@seb.ie:
- ID-kopia
 - Adressbekräftelse (t.ex. elräkning, ej äldre än 6 mån.)

A. Försäkringsvaluta

€ EUR SEK

B. Uppgifter om försäkringstagaren (fyll i samtliga fält)

Försäkringstagare

1. Efternamn

2. Förnamn

3. Personnummer (åå/mm/dd-xxxxx)

4. Födelseort och land

5. Sysselsättning

Anställd Egen företagare Pensionär Student Annan _____

Om anställd eller egen företagare, vänligen ange:

5(a) Position/titel _____

5(b) Företagets namn _____

5(c) Typ av verksamhet _____

6. Folkbokföringsadress

7. Bosättningsland

8. Land för skatterättslig hemvist (om det finns flera, använd separat papper)

9. Skatteregistreringsnummer (om annat än personnummer)

10. Person i politiskt utsatt ställning (PEP)

Ja, jag har PEP status

10(a) Typ av politiskt uppdrag (t.ex. diplomat) _____

Ja, jag är släkt/nära medarbetare med en PEP

10 (b) Relation till PEP (t.ex. jag själv, make/maka, förälder) _____

Ej PEP status

Med person i politiskt utsatt ställning avses personer som innehar eller under de senaste 18 månaderna innehaft viktiga offentliga funktioner samt dessa personers familjemedlemmar och kända medarbetare.

Om 'Ja', ange orsak: (se Riktlinjer för åtgärder mot penningtvätt för exempel)

11. Är du amerikansk medborgare?

Ja Nej

Har du skatterättslig hemvist i USA?

Ja Nej

Om ja, ange skatteregistreringsnummer (TIN)

C. Försäkrad (om annan än försäkringstagaren)

1. Fullständigt namn

2. Personnummer (åå/mm/dd-xxxxx)

3. Folkbokföringsadress

4. Bosättningsland

5. Skatteregistreringsnummer/TIN

D. Premieinformation

Uppskattat premiebelopp under försäkringsperioden: _____ (Inkl. valuta)

Regelbundna inbetalningar från Pensionsutbetalning Ja Nej

Uppskattat belopp per år: _____

Antal år: _____

- OBS!:**
- Enligt Portugisiska regler får första premien ej vara lägre än 100 000 EUR. Rekommenderad premie för försäkringen är 2,5 MSEK.
 - Om extrapremier kommer från annan källa än pensionsutbetalning, eller överstiger angivet belopp ovan, måste en extrainsättningsblankett skickas via email till SEB Life International.
 - Om premien överstiger 500 MSEK ska TL314500_int Enkel hälsodeklaration bifogas.

E. Premien betalas till SEB Life Internationals premiekonto:

Bank: SEB Stockholm SEK - IBAN: SE1150000000058151003235

Kontohavare: SEB Life International

BIC: ESSESESS EUR- IBAN: SE4750000000055658212294

OBS!: Vänligen ange referens "WP" tillsammans med depånummer eller försäkringsnummer på alla inbetalningar!

F. Investeringens ursprung

Vad är investeringens ursprung?

- Besparingar från inkomst Besparingar från investering Försäljning av investering Försäljning av fastighet
- Försäljning av företag Pensionsutbetalning Annat _____

Ange informationen om det bankkonto från vilket denna premie betalas.

Premien måste komma från ett bankkonto i försäkringstagarens namn.

Bankens namn

Kontohavarens namn

IBAN

BIC/Swift-kod

Bankkontonummer

Land

- Obs:**
- Om Premiebetalingen kommer från mer än en källa ska en bilaga om fondportföljens/förmögenhetens ursprung fyllas i och skrivas under av sökanden för varje källa och sedan bifogas denna ansökan.

G. Begäran om att öppna en depå

Genom att fylla i denna ansökan godkänner jag/vi att vald depåförvaltare agerar å mina/våra vägnar för att förvalta tillgångarna i en depå kopplad till min/vår försäkring.

Val av förvaltningstjänst:

- Diskretionär förvaltningstjänst
- Rådgivande förvaltningstjänst

H. Begäran om att se försäkringen på Internetbanken

JA, jag önskar att via vald depåförvaltares internetapplikation kunna se depån som är kopplad till försäkringen.

I. Förmånstagarförordnande

Förmånstagare vid den försäkrades dödsfall.

I händelse av den försäkrades dödsfall, ska dödsfallsbeloppet betalas ut till nedan angivna förmånstagare:

Endast **hela** procenttal (ska uppgå till 100%)

	Namn	% Andel	Förhållande till försäkringstagaren	Bosättningsland	Personnummer	Skatteregistrerings-nummer (om annat än personnummer)
Förmånstagare 1						
Adress						
Förmånstagare 2						
Adress						
Förmånstagare 3						
Adress						
Förmånstagare 4						
Adress						

Det som förmånstagare får genom detta förmånstagarförordnande och vad som sätts i dess ställe samt avkastningen därav ska vara enskild egendom i äktenskapet, vid skilsmässa och vid dödsfall.

Förmånstagarförordnandet ska vara oåterkalleligt.

- Obs:**
- SEB Life International behöver få in dödsfallsintyg med släktutredning innan dödsfallsbeloppet kan betalas ut.
 - I det fall förmånstagarförordnandet är oåterkalleligt förbinder sig försäkringstagaren att inte ändra detta, även när förordnandet satts upp utan förmånstagares samtycke. Oåterkallelig förmånstagare har rätt att ta emot dödsfallsersättning enligt villkoren, men har inga ytterligare rättigheter avseende försäkringen och får inte pantsätta, belåna, överlåta eller återköpa den.
 - Om ingen förmånstagare anges utbetalas dödsfallsersättning till försäkringstagaren eller försäkringstagarens dödsbo om denne är avliden
 - Vid rättstvister ska portugisisk lag tillämpas.

J. Försäkringsavgift

Jag bekräftar att jag tagit del av samt förstått prislistan för Wealth Portfolio Portugal.

K. Personuppgifter

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.

Försäkringstagarens underskrift		Försäkrads underskrift	
X		X	
Namnförtydligande	Date dd/mm/yy	Namnförtydligande	Datum åå/mm/dd

L. Försäkran av försäkringstagare

Jag bekräftar att:

1. Jag som försäkringstagare gör denna försäkran; jag är inte bosatt i Irland eller vistas stadigvarande där; och jag förbinder mig härmed att underrätta SEB Life International om jag byter adress/bostadsland under försäkringstiden;
2. Jag har tagit emot och läst förköpsinformation, prisblad, försäkringsvillkor och försäkringsbolagets integritetspolicy, vilken jag delgivit personer som jag delat information och personuppgifter med. Jag känner till hur försäkringen fungerar, är uppbyggd och hur avgiftsstrukturen fungerar.
3. Jag har tagit emot och läst allt relevant material (t. ex. Godkända värdepapper SEB Life International – Portugal, 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;
4. Jag är medveten om att SEB Life International inte ger någon placeringsrådgivning eller gör någon lämplighetsbedömning av de individuella tillgångarna som kopplas till försäkringen, och inte heller tar något ansvar för avkastningen eller värdeutvecklingen i försäkringen;
5. Jag godkänner att SEB Life International öppnar depå och ingår förvaltningsavtal med depåförvaltaren enligt sektion F ovan och till de förvaltningsavgifter som anges i bifogat avgiftsblad, samt är medveten om att SEB Life International inte kan hållas ansvariga för undermålig avkastning eller vanskötsel av depån, eller annan åtgärd eller underlåtenhet av depåförvaltaren att vidta åtgärd, som resulterar i minskning av värdet i depån;
6. Jag och mina förmånstagare helt friskriver SEB Life International från alla anspråk, krav och åtgärder mot SEB Life International avseende sådana skador som beskrivs i punkt 5 ovan, och alla kostnader och utgifter oavsett hur de uppstår beträffande depåförvaltarens verksamhet och utförande;
7. Jag förstår att undertecknandet av försäkringsansökan i sig inte är att betrakta som ett ingånget avtal;
8. Jag förstår och godtar att rekommendationen av SEBs försäkringsprodukt baseras på de ovan överenskomna finansiella behoven, målsättningarna och riskprofilen avseende investeringar och vill gå vidare med rekommendationen;
9. Jag förbinder mig att informera SEB Life International om betydande förändringar beträffande mina finansiella behov, målsättningar och riskprofil avseende investeringar.

Jag försäkras härmed att samtliga av mig angivna uppgifter i denna ansökningsblankett är kompletta och med sanningen överensstämmande, och jag förstår att denna ansökan ligger till grund för avtal med SEB Life International.

Jag godkänner att min försäkringsrådgivare framledes tillhandahåller SEB Life International med uppgifter som är nödvändiga för försäkringen och som refereras till i detta dokument, och att SEB Life International kan förlita sig på sådan information.

Jag bekräftar att min försäkringsrådgivare, efter rådgivningsmöte med mig, har givit mig information om ett begränsat antal investeringsalternativ, och att den informationen gavs till mig i god tid.

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

Försäkringstagarens underskrift

X

Namnförtydligande

Datum åå/mm/dd

M. Försäkran av den försäkrade (om annan än försäkringstagaren)

Jag bekräftar att jag är medveten om att jag är insatt som försäkrat liv i denna ansökan. Jag är också medveten om att en dödsfallsutbetalning kan komma att betalas från försäkringen i händelse av att jag avlider under försäkringstiden.

Försäkrads underskrift

X

Namnförtydligande

Datum åå/mm/dd

N. Rådgivarens uppgifter

Rådgivarens namn & ID

- Jag bekräftar att rådgivningen avseende denna ansökan gavs av mig till kunden runt den: _____ (år/mm/dd), när jag var lokaliserad på min verksamhetsplats via :

Telefon*

E-mail*

Personligen i: _____ (land)

- Jag bekräftar också att jag innehar de tillstånd som krävs för att bedriva rådgivning i kundens bosättningsland.
- Jag bekräftar att uppgifterna i denna ansökan överensstämmer med de uppgifter som registrerats i kundens rådgivningsdokumentation-bedömning.

* OBS! Direktivet för marknadsföring på distans (Directive for Distance Marketing) måste följas när rådgivning sker på distans.

Rådgivarens underskrift

X

Datum år/mm/dd

Förvaltarens namn

Övriga noteringar

Postadress: SEB Life International,
Bloodstone Building, Riverside IV, Sir
John Rogerson's Quay, Dublin 2, Irland
Växel: +353 1 487 07 00
E-post: life@seb.se

seb.ie

SEB Life International Assurance Company Designated Activity Company som verkar under namnet SEB Life International, står under tillsyn av Central Bank of Ireland. Registreringsnummer 218391. Bolagets säte: SEB Life International, Bloodstone Building, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Irland. SEB Life International Assurance Company DAC är registrerat för att bedriva livförsäkringsverksamhet i bl.a. Portugal på grundval att tillhandahålla tjänster. Vederbörligen är bolaget registrerat för sådana ändamål hos den portugisiska tillsynsmyndigheten för försäkringar (Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões or "ASF") under nummer 4862 (ASF - Detalhe da seguradora). SEB Life International Assurance Company DAC bedriver sin verksamhet i enlighet med de legalitets principer som tillämpas vid marknadsföring och information till konsumenter. Innehavare av försäkringar utfärdade av SEB Life International Assurance Company Designated Activity Company bör notera att regelsystemet kan skilja sig från det i Portugal. 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 mars 2022 men innehållet kan komma att ändras.