

ANSÖKAN OM KAPITALFÖRSÄKRING FÖR MINDERÅRIG

Denna blankett fyller du i för att ansöka om en kapitalförsäkring som ägs av minderårig. Avser kapitalförsäkring med återbetalningsskydd hos Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension med depå hos Avanza.

Ifylles av Avanza Pension:

1

FYLL I MINDERÅRIGS UPPGIFTER

Namn (tilltalsnamn, efternamn)		Personnr	
Gatuadressenligt folkbokföringen		Telefon 1 (även riktnr)	Telefon 2 (även riktnr)
Postnr	Ort och land	E-post	
Svenskt medborgarskap <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annat/dubbelt medborgarskap (ange samtliga)		
Är du deklarations- eller skattskyldig i USA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Skattehemvist (ange samtliga)		Utländskt skattereg.nr

!

Observera att förmyndare till minderårig alltid måste bifoga en kopia på giltig legitimation. Kopian ska vara vidimerad (äkthetsintygad) av två oberoende personer. Underskrift, namnförtydligande, personnummer och telefonnummer ska anges för de personer som vidimerar kopian.

FÖRMÅNSTAGARFÖRORDNANDE

Vid försäkringstagarens död utbetalas återbetalningsskyddet till insatta förmånstagare. För denna försäkring där försäkringstagaren är minderårig innebär det att utbetalning sker till försäkringstagarens arvingar. Saknas giltiga förmånstagare görs utbetalning till dödsboet.

→

FÖR ATT KUNNA GENOMFÖRA ETT FRAMTIDA UTTAG BEHÖVER DU HA ETT KONTO HOS ANNAN BANK I SVERIGE.

2

SKÖTSEFULLMAKT

Härmed befullmäktigas

Försäkringsförmedlarföretag	Förmedlarföretagets org.nr/personnr
Ansvarig försäkringsförmedlare	Förmedlarkod hos Avanza
Förmedlarens e-post	
Assistent namn	Assistent kod
Assistent e-post	

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information om och företräda mig avseende mina nuvarande och framtida försäkringar i Avanza Pension (skötselfullmakt). Fullmakten ger bland annat rätt att inhämta all information som jag själv har rätt att få del av.

Skötselfullmakten gäller så länge försäkringsförmedlarens skötseluppdrag består eller tills dess den skriftligen återkallas. Fullmakten upphäver tidigare utfärdade skötselfullmakter.

Personuppgiftslagen

De personuppgifter som försäkringsförmedlaren inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt ska hanteras i enlighet med personuppgiftslagens (SFS 1998:204) bestämmelser.

SAMTLIGA FÖRMYNDARES UNDERSKRIFT

Samtliga förmyndare ska skriva under ansökan.

Genom våra underskrifter nedan godkänner vi pantsättning och övriga villkor på omstående sida, inkluderande Bolagets vid var tid gällande Villkor för Handels- och depå-/kontoavtal, Allmänna Bestämmelser för Handels- och depå-/kontoavtal, Allmänna Villkor för handel med finansiella instrument, Allmänna Villkor för Betaltjänster och Riktlinjer för utförande av order. Härmed intygar vi att vi har tagit del av PRIIP-Faktablad, Information med anledning av lag om distansavtal och avtal utanför affärslokaler samt att lämnad uppgift om skatterättslig hemvist är sann och att vi inkommer med ny information om intygade uppgifter förändras. Genom våra signaturer bekräftar vi även att vi tagit del av informationen om insättningsgaranti i villkoren samt att minderårig för framtida uttag har ett konto i annan bank i Sverige.

Vi godkänner även att ovannämnda depå disponeras av oss var för sig vilket innefattar rätt för envar av oss att:

A Erhålla uppgift om innehav och information kopplat till depån.

B Förvärva och avyttra värdepapper samt i övrigt placera likvida medel inom depån i enlighet med vid var tid gällande placeringsregler.

C Utkvittera lösenord för handel via Internet.

FÖRMYNDARE 1	
Ort och datum	Namnunderskrift
Personnr	Namnförtydligande

FÖRMYNDARE 2	
Ort och datum	Namnunderskrift
Personnr	Namnförtydligande

Undertecknad intygar att identitetskontroll skett i enlighet med lagen (2009:62) om åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism och lagen (2002:444) om straff för finansiering av särskilt allvarlig brottslighet i vissa fall.

IDENTITETSKONTROLL HOS AVANZA	
Ort och datum	Handläggares signatur



BEHOVS- OCH PASSANDEPRÖVNING

Det är viktigt att försäkringen du väljer passar just dig och din situation. Enligt lagen om försäkringsdistribution behöver vi vara säkra på att den här försäkringen är rätt för dig och att du förstår hur den fungerar. Därför ställer vi frågor om vad du ska använda försäkringen till, vad du har för kunskaper och tidigare erfarenhet.

Om du vill läsa mer om Avanzas produkter och hur de fungerar innan du fyller i dina svar så rekommenderar vi Avanza Akademin. Där hittar du all information du kan behöva.

1 HAR DU TIDIGARE ERFARENHET AV DEPÅ- ELLER KAPTIALFÖRSÄKRING?

Ja Nej

2 BEHOV AV KAPITALFÖRSÄKRING

Kryssa för det eller de påståenden som stämmer in på dig.

- Jag vill bestämma vem pengarna i försäkringen ska tillfalla vid eventuellt dödsfall genom att välja förmånstagare.
- Jag vill ha möjlighet att lägga upp en utbetalningsplan för mitt privata sparande.
- Jag vill ha ett schablonbeskattat konto och inte behöva deklarerat mina värdepappersaffärer.
- Jag planerar att handla med utländska värdepapper och vill få Avanzas hjälp att begära avräkning för utländsk källskatt.

Stämmer inget av ovan påstående in på dig anses du inte ha behov av att öppna en kapitalförsäkring eller så kan Avanza inte göra en korrekt bedömning. Du kan ändå öppna en kapitalförsäkring och intygar då genom att signera längst ned på denna sida att du tagit del av att Avanza inte anser att du har ett behov av produkten.

3 PASSANDEPRÖVNING

Är Avanza Pension registrerade som ägare för de värdepapper du köper via en kapitalförsäkring?

Ja Nej

Finns det någon kostnad/premie förenad med kapitalförsäkringen?

Ja Nej

Om någon av ovanstående två frågor är obesvarad eller besvarad med nej anser Avanza att produkten kapitalförsäkring inte är passande för dig eller så kan Avanza inte göra en korrekt bedömning. Du kan ändå öppna en kapitalförsäkring och intygar då genom att signera längst ned på denna sida att du tagit del av att Avanza inte anser att produkten är passande för dig.

4 SIGNERA

Undertecknad har tagit del av informationen ovan samt bekräftar att undertecknad vill öppna en kapitalförsäkring,

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

UNDERSKRIFT VID FLER ÄN EN FÖRMYNDARE

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

Har du frågor om hur du ska fylla i blanketten? Ring oss gärna så hjälper vi dig: 08-562 250 00.



Kundkännedom Minderårig

Depånummer ifylles av Avanza:

Penningtvättslagen kräver att alla finansiella institut har tillräckligt bra kännedom om sina kunder för att minimera risken för penningtvätt och terrorismfinansiering.

Det betyder att vi behöver veta lite om den minderårige och hens engagemang hos oss. Vi behöver också få in information löpande och det betyder att vi kan behöva ställa liknande frågor igen framöver.

Den minderåriges namn (förnamn, efternamn)

Den minderåriges personnummer

1 Har den minderårige någon sysselsättning?

Till exempel studier eller jobb.

Ja Nej Om Nej, fortsätt till punkt 6.

2 Vilken är den minderåriges sysselsättning?

Du kan välja flera alternativ.

- Studerande
 Anställd
 Driver eget företag

3 Har den minderårige någon månadsinkomst?

Till exempel studiemedel eller lön.

Ja Nej Om Nej, fortsätt till punkt 6.

4 Vad är månadsinkomsten före skatt?

- Mindre än 20 000 kr
 20 000 kr - 40 000 kr
 40 001 kr - 60 000 kr
 60 001 kr - 100 000 kr
 Mer än 100 000 kr

5 Vad består månadsinkomsten av?

Du kan välja flera alternativ.

- Lön
 Studiemedel
 Tidigare sparande/investeringar
 Utdelning från egen verksamhet

6 Utöver löpande insättningar, planerar ni att föra över ett startkapital i form av pengar eller värdepapper i samband med att den minderårige blir kund?

Ja Nej Om Nej, fortsätt till punkt 11.

1248-1-181011 Avanza

Vänligen fortsätt på nästa sida



7 Vad kommer att föras över?

Du kan välja flera alternativ.

- Pengar
- Värdepapper

8 Ungefär hur mycket kommer att föras över?

Pengar och värdepapper tillsammans.

- Mindre än 50 000 kr
- 50 000 kr - 150 000 kr
- 150 001 kr - 500 000 kr
- 500 001 kr - 1 000 000 kr
- 1 000 001 kr - 3 000 000 kr
- Mer än 3 000 000 kr

9 Varifrån kommer startkapitalet?

Du kan välja flera alternativ.

- Bank eller värdepappersinstitut i Sverige
- Försäkringsbolag i Sverige
- Bank eller värdepappersinstitut i annat land inom EU/EES
- Försäkringsbolag i annat land inom EU/EES
- Försäkringsbolag i annat land inom EU/EES
- Bank eller värdepappersinstitut utanför EU/EES
- Försäkringsbolag utanför EU/EES

10 Vad kommer den minderåriges startkapital från?

Du kan välja flera alternativ.

- Lön
- Studiemedel
- Tidigare sparande/investeringar
- Gåva
- Utdelning från egen verksamhet
- Arv

11 Vad är syftet med den minderåriges engagemang hos Avanza?

Du kan välja flera alternativ.

- Spara i fonder
- Handla med aktier eller andra värdepapper
- Öppna sparkonto

12 Ange tidshorisont för sparandet

Du kan välja flera alternativ.

- Kortsiktigt (mindre än 5 år)
- Långsiktigt (mer än 5 år)

13 Hur ofta kommer löpande insättningar att göras?

Vänligen välj ett alternativ.

- Dagligen
- Flera gånger per vecka
- Varje månad
- Flera gånger i kvartalet
- Några gånger per år
- Mer sällan

14 Ungefär hur mycket kommer att sättas in per tillfälle?

- 0 kr - 5 000 kr 50 001 kr - 100 000 kr
 5 001 kr - 25 000 kr Mer än 100 000 kr
 25 001 kr - 50 000 kr

15 Varifrån kommer de löpande insättningarna?

Du kan välja flera alternativ.

- Bank eller värdepappersinstitut i Sverige Försäkringsbolag i annat land inom EU/EES
 Försäkringsbolag i Sverige Bank eller värdepappersinstitut utanför EU/EES
 Bank eller värdepappersinstitut i annat land inom EU/EES Försäkringsbolag utanför EU/EES

16 Hur ofta kommer uttag göras?

Vänligen välj ett alternativ.

- Dagligen Flera gånger i kvartalet
 Flera gånger per vecka Några gånger per år
 Varje månad Mer sällan

17 Är den minderårige anhörig eller nära medarbetare till någon i politiskt utsatt ställning (PEP)?

- Ja Nej Om Ja, vänligen fyll i bifogad PEP-blankett. (Blanketten hittas också på [avanza.se](#))

18 Signera

Jag bekräftar härmed att jag har svarat korrekt på alla frågor.

Underskrift vårdnadshavare

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

Underskrift vid fler än en vårdnadshavare

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

Har du frågor om hur du ska fylla i blanketten? Ring oss gärna så hjälper vi dig: 08-562 250 00.

IDENTIFIKATION

1

KOPIERA PASS, KÖRKORT ELLER ANNAN GILTIG ID-HANDLING I RUTAN

Information om vems ID-handling som ska kopieras finns på avtalet/fullmakten. Observera att ID-handlingen ej får klistras eller tejpas in.

2

VIDIMERING

Två myndiga oberoende personer behöver intyga att ID-kopian överensstämmer med originalet.

Namnunderskrift	Namnunderskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Personnummer (svenskt) *	Personnummer (svenskt) *
Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon dagtid (även riktnr)

* I annat fall än vid svenskt personnummer skall fullständig adress och telefonnummer anges.

Vänligen skicka in samtliga blanketter tillsammans.

Har du frågor om hur du ska fylla i blanketten? Ring oss gärna så hjälper vi dig: 08-562 250 00.