

ANSÖKAN OM FÖRETAGSÄGD KAPITALFÖRSÄKRING

Försäkringens depånummer hos Avanza. Ifylles av Avanza Pension

Denna blankett fyller du i för att öppna en företagsägd kapitalförsäkring med återbetalningsskydd hos Försäkringsbolaget Avanza Pension med depå hos Avanza Bank AB.

1 FÖRSÄKRINGSTAGARE/ÄGARE Samtliga uppgifter är obligatoriska.

Företagets namn (enligt firmaregistreringsbevis)		E-post	Organisationsnr
Adress (enligt firmaregistreringsbeviset)		Kontaktperson	Telefon
Postnr	Ort och land		



Viktigt!

- För juridisk person ska kopia bifogas på giltig legitimation för den/de legala företrädare som undertecknar detta avtal. Kopian ska vara vidimerad (äkthetsintygad) av två oberoende personer. Underskrift, namnförtydligande, personnummer och telefonnummer ska anges för de personer som vidimerar kopian.



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

2 UPPGIFTER OM FÖRSÄKRAD Samtliga uppgifter är obligatoriska.

Den försäkrade är den personen vars liv försäkringen gäller. Försäkrad till en kapitalförsäkring kan vara vem som helst. 101 % av försäkringskapitalet utbetalas till ovan angivet företag vid den försäkrades dödsfall.

Namn (tilltalsnamn, efternamn)		Personnr	
Gatuadress enligt 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

Signeras av försäkringstagare och försäkrad:

FÖRSÄKRINGSTAGARES UNDERSKRIFT

Undertecknad har tagit del av Försäkringsaktiebolaget Avanza Pensions "Förköpsinformation", "Försäkringsvillkor" och "PRIIP-Faktablad". Undertecknad har även tagit del av bilagorna "Handels- och depåbestämmelser", "Information om egenskaper och risker avseende finansiella instrument", "Riktlinjer för utförande av order" samt "Regler och priser". Ovan angivna regler, villkor och information finns tillgängliga på avanza.se/pension. Undertecknad är införstådd med att försäkringstagaren själv står den finansiella risken för värdeförändringen i de värdepapper försäkringstagaren har på den depå som är knuten till försäkringen. Undertecknad samtycker till att Depåförvaltaren och Försäkringsgivaren tillhandahåller information via e-post till angiven e-postadress alternativt via elektroniskt meddelande i försäkringsdepån.

Ort och datum	Firmatecknare och namnförtydligande
Ort och datum	Firmatecknare och namnförtydligande

En kopia ska bifogas på giltig legitimation för den/de legala företrädare som undertecknar detta avtal. Kopian ska vara vidimerad (äkthetsintygad) av två oberoende personer. Underskrift, namnförtydligande, personnummer och telefonnummer ska anges för de personer som vidimerar kopian.

FÖRSÄKRADS UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av Avanza Pensions "Försäkringsvillkor" och är införstådd med att Avanza Pension kommer att behandla mina personuppgifter (såväl av mig själv lämnade uppgifter som sådana uppgifter som kan komma att inhämtas från annat håll) i den utsträckning det krävs för fullgörande av detta avtal och uppdrag relaterade till avtalet och för fullgörande av Avanza Pensions rättsliga skyldigheter. Jag godkänner härigenom att behandling av mina personuppgifter får ske hos Avanza Pension och hos andra bolag i Avanzakoncernen för administrativa eller statistiska ändamål samt för direkt marknadsföring. Undertecknad samtycker till att Depåförvaltaren och Försäkringsgivaren tillhandahåller information via e-post till angiven e-postadress alternativt via elektroniskt meddelande i försäkringsdepån.

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

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

IFYLLES AV FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARE

Ort och datum	Förmedlarkod	Namnunderskrift och 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
---------------	-----------------------

KUNDKÄNNEDOM JURIDISKA PERSONER

Som finansiellt institut måste vi ha kundkännedom om våra kunder för att kunna bedöma risken att utnyttjas för penningtvätt eller finansiering av terrorism. Därför ber vi dig besvara frågorna om den juridiska personen, samt de pengar som sparas och investeras hos oss.

Depånummer ifylles av Avanza:

Firma (enligt registreringsbevis)	Organisationsnr
Land för styrelsens säte (om ej Sverige)	

1 BRANSCH (VÄNLIGEN ANGE ENDAST ETT ALTERNATIV)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bygg/Anläggning/Infrastruktur | <input type="checkbox"/> Import/Export/Handel | <input type="checkbox"/> Teologi/Psykologi/Filosofi |
| <input type="checkbox"/> Data/Teknik/IT | <input type="checkbox"/> Juridik | <input type="checkbox"/> Tillverkning/Produktion |
| <input type="checkbox"/> Drift/Underhåll | <input type="checkbox"/> Kundsupport/Service | <input type="checkbox"/> Utbildning |
| <input type="checkbox"/> Ekonomi/Finans | <input type="checkbox"/> Lantbruk/Skogsbruk | <input type="checkbox"/> Förening |
| <input type="checkbox"/> Fastigheter | <input type="checkbox"/> Ledning/Management | <input type="checkbox"/> Kommun/Landsting/Stat |
| <input type="checkbox"/> Finansiell verksamhet | <input type="checkbox"/> Logistik/Transport | <input type="checkbox"/> Förbund |
| <input type="checkbox"/> Forskning/R&D/Vetenskap | <input type="checkbox"/> Marknad/Reklam | <input type="checkbox"/> Stiftelse |
| <input type="checkbox"/> Försäljning/Affärsutveckling | <input type="checkbox"/> Sjukvård/Hälsa | <input type="checkbox"/> Börsbolag i Sverige |
| <input type="checkbox"/> Hotell/Restaurang/Turism | <input type="checkbox"/> Skribent/Publishing | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |
| <input type="checkbox"/> HR/Personal | <input type="checkbox"/> Säkerhet/Räddningstjänst | |

2 ÄGARE

Finns det ägare (juridisk eller fysisk person) till mer än 25 % av röst-/ägarandelarna eller motsvarande?

- Det finns ingen enskild ägare till mer än 25 % av röst-/ägarandelarna eller motsvarande.

ÄGARE 1	PERSONNR/ORG.NR	INNEHAV AKTIER %	INNEHAV RÖSTER %
ADRESS (OM EJ I SVERIGE)		LAND (OM EJ SVERIGE)	
ÄGARE 2	PERSONNR/ORG.NR	INNEHAV AKTIER %	INNEHAV RÖSTER %
ADRESS (OM EJ I SVERIGE)		LAND (OM EJ SVERIGE)	

Om rutorna ovan inte räcker till, vänligen redovisa i separat dokument fullständigt ägande ner till en eller flera fysisk person/er.

Om någon av ovanstående delägare är en juridisk person, vänligen ange vem som kontrollerar mer än 25 % av röst- eller ägarandelarna eller motsvarande i den juridiska personen. Redovisa ner till en eller flera fysisk person/er.

- Det finns ingen enskild ägare som kontrollerar mer än 25 % av röst- eller ägarandelarna eller motsvarande.

ÄGARE	PERSONNR/ORG.NR	INNEHAV AKTIER %	INNEHAV RÖSTER %
ADRESS (OM EJ I SVERIGE)		LAND (OM EJ SVERIGE)	

Om rutorna ovan inte räcker till, vänligen redovisa i separat dokument fullständigt ägande ner till en eller flera fysisk person/er.

3 ÄR ÄGARE EN FYSISK PERSON ELLER VERKLIG HUVUDMAN OCH HAR AMERIKANSKT MEDBORGARSKAP ELLER ÄR DEKLARATIONS- ELLER SKATTSKYLDIG I USA?

Ägare 1: Ja Nej Ägare 2: Ja Nej Ägare 3: Ja Nej Ägare 4: Ja Nej

VÄNLIGEN FORTSÄTT PÅ NÄSTA SIDA



4 VERKLIG HUVUDMAN

Finns det någon annan person än ägare angivna vid punkt 2 som på annat sätt utövar kontroll över den juridiska personen (s.k. verklig huvudman)? Det finns alltid en verklig huvudman i ett bolag. För mer information se: avanza.se/verklig-huvudman.

Ja Nej Om **Ja** vänligen fyll i nedan.

VERKLIG HUVUDMAN	PERSONNUMMER
ADRESS (OM EJ I SVERIGE)	LAND (OM EJ I SVERIGE)

Om rutorna ovan inte räcker till, vänligen redovisa i separat dokument samtliga verkliga huvudmän.

5 PERSON I POLITISKT UTSATT STÄLLNING (PEP)

Med PEP avses person som till exempel har eller har haft viktig offentlig funktion i en stat, statligt eller mellanstatligt organ eller bolag. Är någon av ovanstående personer, verkliga huvudmän eller firmatecknare en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?

Ja Nej Om **Ja** vänligen fyll i PEP-blanketten som finns på www.avanza.se.

Är någon av ovanstående personer, verkliga huvudmän eller firmatecknaren närstående, känd medarbetare eller har en nära förbindelse med en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?

Ja Nej Om **Ja** vänligen fyll i PEP-blanketten som finns på www.avanza.se.

6 VARIFRÅN KOMMER DEN JURIDISKA PERSONENS PENGAR OCH/ELLER VÄRDEPAPPER?

(DU KAN VÄLJA FLERA ALTERNATIV)

Den juridiska personens intäkter Fastighetsförsäljning Företagsförsäljning
 Aktiekapital Donation/Gåva Medlemsavgifter

7 ÄGER DEN JURIDISKA PERSONEN PENGARNA OCH/ELLER VÄRDEPAPPRENA?

Den juridiska personen måste äga de pengar/värdepapper som sparas/investeras. Bekräfta genom att kryssa i rutan.

8 HUR STORA KOMMER INSÄTTNINGARNA ATT VARA PER ÅR?

Mindre än 1 miljon kronor Mer än 1 miljon kronor

9 HUR OFTA KOMMER INSÄTTNINGAR SKE?

Engångsinsättning Mindre än 1 gång/månad 1-5 gånger/månad Mer än 5 gånger/månad

10 VARIFRÅN KOMMER ÖVERFÖRINGARNA/INSÄTTNINGARNA? (DU KAN VÄLJA FLERA ALTERNATIV)

Svensk bank/finansiellt institut Svenskt försäkringsbolag
 Utländsk bank/finansiellt institut Utländskt försäkringsbolag

11 VAD ÄR SYFTET MED AFFÄRSFÖRBINDELSEN? (DU KAN VÄLJA FLERA ALTERNATIV)

Pension Sparande
 Investera i värdepapper Gåva

12 SIGNERA

Jag bekräftar att jag svarat korrekt på alla frågor och kommer att uppdatera eventuella förändringar genom att uppdatera kundkännedom via blankett eller under "Min profil" på www.avanza.se.

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande

UNDERSKRIFT VID FLER ÄN EN FIRMATECKNARE

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande

Har du frågor om hur du skall 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.