

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 deklara- 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
---------------	-----------------------

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 ha ett schablonbeskattat konto och vill inte behöva deklarerat våra värdepappersaffärer.
 Jag vill ha möjlighet att lägga upp en utbetalningsplan för sparandet.
 Jag planerar att handla med utländska värdepapper och vill få Avanzas hjälp att begära avräkning för utländsk källskatt.
 Jag vill ge vår anställda ett alternativ eller komplement till tjänstepension genom att teckna en direkt pension.

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 FIRMATECKNARE

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 Juridisk person

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 ert företag och era planerade affärer när ni blir kund hos oss. Vi behöver också få in information löpande och det betyder att vi kan behöva ställa liknande frågor igen framöver.

Företagets namn	Organisationsnummer
Land för styrelsens säte (om ej Sverige)	

1 I vilken bransch verkar företaget?

Vänligen välj ett alternativ.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bygg/Anläggning/Infrastruktur | <input type="checkbox"/> HR/Personal | <input type="checkbox"/> Säkerhet/Räddningstjänst |
| <input type="checkbox"/> Börsbolag i Sverige | <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"/> Förbund |
| <input type="checkbox"/> Finansiell verksamhet | <input type="checkbox"/> Logistik/Transport | <input type="checkbox"/> Stat/Kommun/Landsting |
| <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"/> Hotell/Restaurang/Turism | <input type="checkbox"/> Skribent/Publishing | |

2 Hur många anställda har företaget?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 51 - 99 |
| <input type="checkbox"/> 1 - 9 | <input type="checkbox"/> Över 100 |
| <input type="checkbox"/> 10 - 50 | |

3 Hur stor är nettoomsättningen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nystartad verksamhet | <input type="checkbox"/> Mellan 3 och 40 miljoner |
| <input type="checkbox"/> Mindre än 3 miljoner | <input type="checkbox"/> Över 40 miljoner |

4 Vad kommer företagets pengar och/eller värdepapper från?

Flera alternativ kan väljas.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vinst från den egna verksamheten | <input type="checkbox"/> Medlemsavgifter |
| <input type="checkbox"/> Företagsförsäljning | <input type="checkbox"/> Donationer |
| <input type="checkbox"/> Aktiekapital | <input type="checkbox"/> Anslag |
| <input type="checkbox"/> Tidigare placeringar/investeringar | |

5 Har företaget en revisor?

- Ja Nej

1231-7-181011 Avanza

Vänligen fortsätt på nästa sida



Finns det någon eller några som kontrollerar 25 % eller mer av rösterna i ert företag? (Besvaras ej om börsbolag i Sverige eller stiftelse)

Om två eller flera närstående (t ex registrerade partners, make/maka) var för sig kontrollerar mindre än 25 % av rösterna, men tillsammans 25 % eller mer, ska deras kontroll räknas samman som en huvudmanspost.

Ange alla närstående som separata ägare.

Ja Nej Om Nej, fortsätt till punkt 7.

Ägare 1

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		Personnummer/Org nr
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	Skatterättslig hemvist (ifylles ej om företag)

Ägare 2

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		Personnummer/Org nr
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	Skatterättslig hemvist (ifylles ej om företag)

Ägare 3

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		Personnummer/Org nr
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	Skatterättslig hemvist (ifylles ej om företag)

Ägare 4

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		Personnummer/Org nr
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	Skatterättslig hemvist (ifylles ej om företag)

Om någon av ovanstående delägare är en juridisk person, vänligen ange nedan om det finns någon som kontrollerar 25 % eller mer av rösterna i det ägande företaget. Redovisa ner till en eller flera fysiska personer.

Ägare

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		Personnummer/Org nr
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	Skatterättslig hemvist (ifylles ej om företag)

Om rutorna ovan inte räcker till, vänligen redovisa i separat dokument fullständigt ägande ner till en eller flera fysiska personer enligt fälten ovan.

7 Finns det någon som på annat sätt kan anses vara verklig huvudman för ert företag?

Till exempel en vd, styrelseordförande eller liknande.

Ja Nej Om Nej, fortsätt till punkt 8.

Verklig huvudman

Namn (förnamn, efternamn)		Personnummer
Typ av kontroll/funktion	Medborgarskap	Skatterättslig hemvist

8 Är någon av ovanstående personer en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?

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

9 Är någon av ovanstående personer familjemedlem eller nära medarbetare till en person i politiskt utsatt ställning (PEP)?

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

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

Ja Nej Om Nej, fortsätt till punkt 14.

11 Vad kommer att föras över?

Flera alternativ kan väljas.

- Pengar
 Värdepapper

12 Ungefär hur mycket kommer ni att föra över?

Pengar och värdepapper tillsammans.

- Mindre än 50 000 kr
 50 000 kr - 150 000 kr
 150 001 kr - 1 000 000 kr
 1 000 001 kr - 5 000 000 kr
 5 000 001 kr - 10 000 000 kr
 Mer än 10 000 000 kr

13 Varifrån kommer ert startkapital?

Flera alternativ kan väljas.

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

14 Vad är syftet med ert engagemang hos Avanza?

Flera alternativ kan väljas.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spara i fonder | <input type="checkbox"/> Teckna tjänstepension |
| <input type="checkbox"/> Handla med aktier eller andra värdepapper | <input type="checkbox"/> Handla med valuta |
| <input type="checkbox"/> Öppna sparkonto | <input type="checkbox"/> Värdepapperskredit |

15 Vilken tidshorisont har ni på ert sparande?

Flera alternativ kan väljas.

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

16 Hur ofta kommer ni att göra insättningar?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flera gånger per vecka | <input type="checkbox"/> Några gånger per år |
| <input type="checkbox"/> Varje månad | <input type="checkbox"/> Mer sällan |
| <input type="checkbox"/> Flera gånger i kvartalet | |

17 Varifrån kommer era löpande insättningar?

Flera alternativ kan väljas.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bank eller värdepappersinstitut i Sverige | <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag i annat land inom EU/EES |
| <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag i Sverige | <input type="checkbox"/> Bank eller värdepappersinstitut utanför EU/EES |
| <input type="checkbox"/> Bank eller värdepappersinstitut i annat land inom EU/EES | <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag utanför EU/EES |

18 Hur ofta kommer ni att göra uttag?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dagligen | <input type="checkbox"/> Flera gånger i kvartalet |
| <input type="checkbox"/> Flera gånger per vecka | <input type="checkbox"/> Några gånger per år |
| <input type="checkbox"/> Varje månad | <input type="checkbox"/> Mer sällan |

19 Äger ni innehavet på era konton?

Som kund hos oss måste företaget själv äga sina pengar och värdepapper. Bekräfta att det stämmer genom att kryssa i rutan.

- Ja

20 Signera

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

Underskrift firmatecknare

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

Underskrift vid fler än en firmatecknare

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.