

BOSTADSADDRESS SAMT KOMMUNIKATIONSSÄTT / RESIDENTIAL ADDRESS AND MEANS OF COMMUNICATION

SWEDEN

Utmost Wealth Solutions är det varumärke som används av flera Utmost-bolag. Detta dokument har utfärdats av Utmost Luxembourg S.A. / *Utmost Wealth Solutions is the brand name used by a number of Utmost companies. This item has been issued by Utmost Luxembourg S.A.*

Ord som står i singular omfattar även plural och vice versa. En referens till ett kön gäller båda könen. / *Words in the singular include the plural and vice versa. A reference to one gender includes a reference to the other gender.*

Alla termer skrivna med versal har den betydelse de tilldelats under "Definitioner" i Försäkringens Allmänna villkor. / *All capitalised terms shall have the meaning ascribed to such terms in the clause "Definitions" in the General Conditions of the Policy.*

Försäkringsnummer / *Policy Number*

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGSTAGARE / *DETAILS OF INDIVIDUAL POLICYHOLDER*

Försäkringstagare 1 / *Individual Policyholder 1*

Herr /
Mr

Fru / Mrs

Annat / Other

Efternamn / *Surname(s)*

Förnamn / *First name(s)*

Bostadsadressen som tidigare angivits är fortfarande korrekt. / *The residential address previously indicated is still valid.*

Bostadsadressen har ändrats. I detta fall, fyll i nedanstående och bifoga intyg om ny Bostadsadress daterat inom de 3 senaste månaderna: / *The residential address has changed. In this case, please complete the below and provide proof of residence dated within the last 3 months:*

Gatuadress / *Street/N°*

Stad / *City*

Postnummer / *Postcode*

Land / *Country*

Mobilnummer /
Mobile number

E-post / *E-mail*

Om din nya Bostadsadress inte är i Sverige, vänligen kontakta din Försäkringsförmedlare eller Försäkringsbolaget. / *If your new residential address is not located in Sweden, please contact your Intermediary or the Insurer.*

Försäkringstagare 2 / *Individual Policyholder 2*

Herr /
Mr

Fru / Mrs

Annat / Other

Efternamn / *Surname(s)*

Förnamn / *First name(s)*

BOSTADSADRESS SAMT KOMMUNIKATIONSSÄTT / RESIDENTIAL ADDRESS AND MEANS OF COMMUNICATION

Bostadsadressen som tidigare angivits är fortfarande korrekt. / *The residential address previously indicated is still valid.*

Bostadsadressen har ändrats. I detta fall, fyll i nedanstående och bifoga intyg om ny Bostadsadress daterat inom de 3 senaste månaderna: / *The residential address has changed. In this case, please complete the below and provide proof of residence dated within the last 3 months:*

Gatuadress / Street/N°	<input type="text"/>		
Stad / City	<input type="text"/>	Postnummer / Postcode	<input type="text"/>
Land / Country	<input type="text"/>		
Mobilnummer / Mobile number	<input type="text"/>	E-post / E-mail	<input type="text"/>

Om din nya Bostadsadress inte är i Sverige, vänligen kontakta din Försäkringsförmedlare eller Försäkringsbolaget. / *If your new residential address is not located in Sweden, please contact your Intermediary or the Insurer.*

UPPGIFTER OM ANSÖKANDE BOLAG / DETAILS FOR CORPORATE APPLICATIONS

Bolagets namn / Name of company

Den tidigare angivna registrerade bolagsadressen är fortfarande korrekt. / *The registered office address previously indicated is still valid.*

Bolagets registrerade adress har ändrats. I detta fallet, fyll i nedanstående samt bifoga ett utdrag ur Bolagsregistret uppdaterat inom de 3 senaste månaderna: / *The registered office address has changed. In this case, please complete the below and provide an extract from the Swedish Trade Register dated within the last 3 months:*

Gatuadress / Street/N°	<input type="text"/>		
Stad / City	<input type="text"/>	Postnummer / Postcode	<input type="text"/>
Land / Country	<input type="text"/>		
Firmatecknare 1 / Legal Representative 1	<input type="checkbox"/> Herr / Mr	<input type="checkbox"/> Fru / Mrs	<input type="checkbox"/> Annat / Other <input type="text"/>
Efternamn / Surname(s)	<input type="text"/>	Förnamn / First name(s)	<input type="text"/>
Mobilnummer / Mobile number	<input type="text"/>	E-post / E-mail	<input type="text"/>

Firmatecknare 2 / Legal Representative 2	<input type="checkbox"/> Herr / Mr	<input type="checkbox"/> Fru / Mrs	<input type="checkbox"/> Annat / Other <input type="text"/>
Efternamn / Surname(s)	<input type="text"/>	Förnamn / First name(s)	<input type="text"/>
Mobilnummer / Mobile number	<input type="text"/>	E-post / E-mail	<input type="text"/>

KOMMUNIKATIONSMEDEL FÖR KORRESPONDENS OCH ANVÄNDNING AV FÖRSÄKRINGSBOLAGETS DIGITALA PLATTFORM CONNECT / MEANS OF COMMUNICATION FOR CORRESPONDENCE AND USE OF THE INSURER'S DIGITAL PLATFORM CONNECT

MOTTAGANDE AV DOKUMENT ELLER KOMMUNIKATION AVSEENDE FÖRSÄKRINGEN / RECEIPT OF ANY DOCUMENT OR COMMUNICATION RELATING TO THE POLICY

Välj endast 1 alternativ. Fyll endast i om val av kommunikationssätt inte tidigare gjorts eller om Försäkringstagaren önskar ändra tidigare val. / Please select only one option from the below. Please complete only if the means of communication for correspondence was not previously selected or if the Policyholder intends to change what was previously selected.

Elektronisk korrespondens / Electronic correspondence

För att Försäkringstagaren ska kunna dra nytta av detta måste samtliga av följande förutsättningar vara uppfyllda. / In order for the Policyholder to benefit from this service, all the following conditions must be met.

Försäkringstagaren/firmatecknaren medger att han/de har regelbunden tillgång till internet och att detta leveranssätt är lämpligt för förhållandet med Försäkringsbolaget. / The Policyholder/the legal representative(s) of the Policyholder declare(s) that he/they has/have regular access to the Internet and that this mode of delivery is appropriate in the context of the relationship with the Insurer.

Försäkringstagaren/firmatecknaren ger sitt uttryckliga samtycke till: / The Policyholder/the legal representative(s) of the Policyholder expressly consent(s):

- › att ta emot Försäkringsbrevet och avtalskorrespondens från Försäkringsbolaget uteslutande elektroniskt enligt Försäkringsbolagets godtycke, antingen via e-post till den personliga e-postadress som Försäkringstagaren har angett eller via ett personligt användarkonto som inrättats för detta ändamål på Försäkringsbolagets digitala plattform; / to receive the contractual correspondence exclusively electronically, at the Insurer's discretion, either by email to the personal email address that he provided, or via a personal user account set up to this effect on the Insurer's digital platform;
- › att Försäkringsbolaget får använda han/deras uppgifter (särskilt personlig e-postadress och mobiltelefonnummer*): / to the use, by the Insurer, of his/their data (in particular the personal email address and mobile telephone number*):
 - › för att skapa ett personligt användarkonto för tillgång till och användning av Försäkringsbolagets digitala plattform, för vilket han förklarar att han förstår och accepterar de villkor som tillhandahålls honom och som kan uppdateras från tid till annan, / for the creation of an individual user account for the access and the use of the Insurer's digital platform for which he declares to understand and accept the terms and conditions provided to him, which may be updated from time to time,
 - › i syfte att elektroniskt underteckna villkoren för Försäkringsbolagets digitala plattform. / for the purpose of electronically signing the terms and conditions of the Insurer's digital platform.
- › att ansluta sig till Försäkringsbolagets digitala plattform och att vid behov konsultera och ladda ner alla dokument som Försäkringsbolaget tillhandahåller. / to connect to the Insurer's digital platform and to consult and download, whenever necessary, all documents made available by the Insurer.

Försäkringstagaren accepterar att korrespondens som tas emot elektroniskt ersätter papperskorrespondens.

Försäkringsbolaget kommer att skicka ett meddelande till den e-postadress som Försäkringstagaren har uppgett för varje nytt dokument som görs tillgängligt på hans användarkonto på Försäkringsbolagets digitala plattform. Alla handlingar ska anses ha meddelats och levererats till Försäkringstagaren på ett giltigt sätt från och med det datum då de skickas via säker e-post till Försäkringstagaren eller görs tillgängliga av Försäkringsbolaget på Försäkringsbolagets digitala plattform. **Det är därför Försäkringstagarens ansvar att vid behov läsa och få tillgång till alla handlingar som Försäkringsbolaget har gjort tillgängliga på ett säkert sätt. / The Policyholder accepts that communications received by electronic means will replace the equivalent paper communications.** All documents shall be deemed to have been validly notified and delivered to the Policyholder as of the date they are sent securely by email to the Policyholder or made available by the Insurer on the Insurer's digital platform. **Therefore it is the responsibility of the Policyholder to read and access, whenever necessary, any document made available securely by the Insurer.**

Försäkringstagaren är informerad om att: / The Policyholder is informed that:

- › Försäkringstagare har rätt att begära, utan kostnad, papperskopior av de handlingar som har skickats elektroniskt. / He has the right to request, free of charge, a hard copy of the communications sent by electronic means.

BOSTADSADRESS SAMT KOMMUNIKATIONSSÄTT / RESIDENTIAL ADDRESS AND MEANS OF COMMUNICATION

- › Papperskopior kan skickas till Försäkringstagarens bostadsadress när det krävs enligt lag eller om elektronisk kommunikation inte är möjlig. / *Paper correspondence might be sent to the Policyholder's residential address when it is required by the applicable law or if and when the electronic communication is not available.*
- › Försäkringstagaren kan när som helst återkalla sitt samtycke till att ta emot kommunikation på elektronisk väg genom att kontakta Försäkringsbolaget. En sådan återkallelse påverkar inte lagligheten och giltigheten av handlingar som tidigare överförts elektroniskt på grundval av samtycke före återkallelsen. I detta fall bekräftar och accepterar Försäkringstagaren att kommunikation med Försäkringsbolaget sker i pappersformat till den adress som finns i Försäkringsbolagets register från och med den dag då Försäkringsbolaget bekräftar Försäkringstagarens begäran. / *He can revoke his consent to receive communication by electronic means at any time by contacting the Insurer. Such a revocation will not affect the lawfulness and validity of documents previously transmitted electronically based on consent before revocation. In this case, the Policyholder acknowledges and accepts that the means of communication with the Insurer will be in paper format to the residential address held on file by the Insurer from the date his request is acknowledged by the Insurer.*
- › Försäkringsbolaget förbehåller sig rätten att kontakta Försäkringstagaren direkt på den senast uppgivna adressen. Försäkringsbolaget har rätt men är inte skyldigt att kontakta Försäkringstagaren på någon annan adress där information enligt Försäkringsbolagets bedömning kan nå Försäkringstagaren, och för detta ändamål använda de kommunikationsmedel som Försäkringsbolaget anser vara lämpligast (t.ex. telefon, fax eller e-post). / *The Insurer reserves the right to contact the Policyholder directly at the last reported address of residence. The Insurer shall have the right, but not the obligation, to contact the Policyholder at any other address at which, in the judgment of the Insurer, information may reach the Policyholder, using for this purpose such means of communication as the Insurer deems most appropriate (e.g., telephone, fax or e-mail).*
- › Om det finns fler än en Försäkringstagare räcker det att Försäkringsbolaget skickar varje meddelande till någon av dem, varvid det är underförstått att varje Försäkringstagare har gett fullmakt till de andra Försäkringstagarna att ta emot meddelandet. / *Where there is more than one Policyholder, it will be sufficient for the Insurer to send each communication to any one of them, it being understood that each Policyholder gives a mandate to the others to receive the communication.*

Korrespondens i pappersform till Försäkringstagaren / *Paper correspondence to the Policyholder*

Genom att välja detta alternativ begär Försäkringstagaren att Försäkringsbolaget ska skicka avtalsrelaterad kommunikation i pappersform till adressen för Försäkringstagare 1 / Försäkringstagare (för bolag). / *By selecting this option, the Policyholder requests that the Insurer posts any contractual communications in paper format to the address of Policyholder 1 / Policyholder (if a corporate entity).*

I kombination med det alternativ som valts ovan kan Försäkringstagaren också välja följande alternativ: / *In combination with this option, the Policyholder can also select the following:*

Användning av den digitala plattformen Connect / *Use of the digital platform Connect*

Försäkringstagaren begär att få använda Försäkringsbolagets digitala plattform för att ta del av den allmänna informationen om Försäkringen. / *The Policyholder requests to use the Insurer's digital platform for consulting general information related to the Policy.*

Genom att välja detta alternativ samtycker Försäkringstagaren/firmatecknaren uttryckligen till att Försäkringsbolaget använder hans uppgifter (särskilt personlig e-postadress och mobiltelefonnummer*) för: / *By selecting this option, the Policyholder/the legal representative(s) of the Policyholder expressly consent(s) to the use, by the Insurer, of his/their data (in particular the personal email address and mobile telephone number*) for:*

- › skapandet av ett individuellt användarkonto för tillgång till och användning av Försäkringsbolagets digitala plattform, för vilket han förklarar sig förstå och acceptera de villkor som tillhandahålls honom och som kan uppdateras från tid till annan, / *the creation of an individual user account for the access and the use of the Insurer's digital platform, for which he declares to understand and accept the terms and conditions provided to him which may be updated from time to time,*
- › att elektroniskt underteckna villkoren för Försäkringsbolagets digitala plattform. / *the purpose of electronically signing the terms and conditions of the Insurer's digital platform.*

BOSTADSADRESS SAMT KOMMUNIKATIONSSÄTT / RESIDENTIAL ADDRESS AND MEANS OF COMMUNICATION

Korrespondens via en tredje part / Correspondence to a third party

Genom att välja detta alternativ begär Försäkringstagaren att Försäkringsbolaget ska skicka avtalsrelaterad kommunikation till följande adress till Försäkringstagarens skatterådgivare, juridiska rådgivare eller försäkringsförmedlare (Tredje part): / By selecting this option, the Policyholder requests that the Insurer sends any contractual communications to the following address of his tax adviser, legal adviser or Intermediary (Third Party):

Bolagets namn / Name of company	<input type="text"/>		
Efternamn / Surname(s)	<input type="text"/>	Förnamn / First name(s)	<input type="text"/>
Gatuadress / Street/N°	<input type="text"/>		
Stad / City	<input type="text"/>	Postnummer / Postcode	<input type="text"/>
Land / Country	<input type="text"/>		
E-post / E-mail	<input type="text"/>		

Om Försäkringstagaren väljer detta alternativ ger han Tredje part befogenhet att för sin räkning ta emot avtalsrelaterad kommunikation och accepterar att underteckna ett Informationsutlämningsavtal till förmån för denna Tredje part. / By selecting this option, the Policyholder grants the Third Party the power to receive on his behalf any contractual communications and accepts to sign an Information Disclosure Agreement form in favour of the Third Party.

Det sätt på vilket avtalsrelaterad kommunikation överförs till Tredje part bestäms av den Tredje parten (elektroniskt eller per post). / The means by which any contractual communications are transmitted to the Third Party (electronic or post) will be defined by the Third Party.

Om det valda kommunikationsmedlet är elektroniskt måste försäkringstagaren underteckna ett Informationsutlämningsavtal - Connect Behörig användare-formulär till förmån för den Tredje parten. / If the chosen means of communication is electronic, the Policyholder must sign the Information Disclosure Agreement - Connect Authorised User form, in favor of the Third Party.

I kombination med det alternativ som valts ovan kan försäkringstagaren också välja följande alternativ: / In combination with this option, the Policyholder can also select the following:

Användning av den digitala plattformen Connect / Use of the digital platform Connect

Försäkringstagaren begär att få använda Försäkringsbolagets digitala plattform för att ta del av den allmänna informationen om Försäkringen. / The Policyholder requests to use the Insurer's digital platform for consulting general information related to the Policy.

Genom att välja detta alternativ samtycker Försäkringstagaren/firmatecknaren uttryckligen till att Försäkringsbolaget använder hans uppgifter (särskilt personlig e-postadress och mobiltelefonnummer*) för: / By selecting this option, the Policyholder/the legal representative(s) of the Policyholder expressly consent(s) to the use, by the Insurer, of his/their data (in particular the personal email address and mobile telephone number*) for:

- › skapandet av ett individuellt användarkonto för tillgång till och användning av Försäkringsbolagets digitala plattform, för vilket han förklarar sig förstå och acceptera de villkor som tillhandahålls honom och som kan uppdateras från tid till annan, / the creation of an individual user account for the access and the use of the Insurer's digital platform, for which he declares to understand and accept the terms and conditions provided to him which may be updated from time to time,
- › att elektroniskt underteckna villkoren för Försäkringsbolagets digitala plattform. / the purpose of electronically signing the terms and conditions of the Insurer's digital platform.

SAMTYCKE TILL ANVÄNDNING AV ELEKTRONISKA SIGNATURER / CONSENT TO THE USE OF ELECTRONIC SIGNATURES

Försäkringsbolaget gör elektroniska signaturer tillgängliga för att slutföra eventuell framtida avtalsdokumentation under Försäkringens varaktighet. Denna tjänst är gratis. Utmost Luxembourg S.A.'s elektroniska signaturprocess omfattas av bestämmelserna i EU-förordning nr 910/2014/EU om elektronisk identifiering och betrodda tjänster för elektroniska transaktioner på den europeiska inre marknaden (eIDAS-förordningen) och är kvalificerad som en "avancerad elektronisk signatur" i den mening som avses i artikel 26 i eIDAS-förordningen. Genom att kryssa i rutan nedan samtycker Försäkringstagaren till att använda elektroniska signaturer för att slutföra framtida avtalsdokumentation. / *The Insurer makes available the use electronic signatures for completion of any future contractual documentation during the term of the Policy. This service is free of charge. Utmost Luxembourg S.A.'s electronic signature process falls within the provisions under European Regulation n°910/2014/EU on electronic identification and trusted services for electronic transactions in the European internal market (the "eIDAS" Regulation) and is qualified as an "advanced electronic signature" within the meaning of article 26 of the eIDAS Regulation. By ticking the box below, the Policyholder agrees to use electronic signatures for the completion of future contractual documentation.*

Vid möjlig användning begär Försäkringstagaren att få använda den elektroniska signatur som beskrivs i de Allmänna villkoren och samtycker till att Försäkringsbolaget använder den personliga e-postadress och det personliga mobiltelefonnummer * som Försäkringstagaren/firmatecknaren angivit varje gång en elektronisk signatur krävs, för vilka han/de kommer att få meddelanden per e-post. Vid flera Försäkringstagare krävs en separat personlig e-postadress och ett separat personligt mobiltelefonnummer för varje Försäkringstagare för användning av elektroniska signaturer. Om Försäkringstagaren har godkänt användningen av elektroniska signaturer accepterar Försäkringstagaren att den utgör en giltig signatur och att varje dokument som undertecknats elektroniskt ger upphov till samma rättigheter och skyldigheter som om det hade undertecknats för hand. Försäkringstagaren har rätt att när som helst återkalla sitt samtycke till användning av elektroniska signaturer genom att kontakta Försäkringsbolaget, och ett sådant återkallande har ingen effekt på dokument som tidigare fyllts i med hjälp av en elektronisk signatur. I detta fall bekräftar och godkänner Försäkringstagaren att dokumenten, efter ett sådant val, kommer att undertecknas med en handskreven signatur. / *When applicable, the Policyholder requests to use the electronic signature as described in the General Conditions and consents to the use by the Insurer of the personal email address and mobile telephone number* of the Policyholder/the legal representative(s) of the Policyholder provided by him/them whenever an electronic signature is required for which he/they will receive notifications by email. In the event of a joint subscription, a separate personal email address and a separate personal mobile number for each Policyholder will be required for the use of the electronic signatures. Where the Policyholder has agreed to the use of electronic signatures, the Policyholder accepts that it constitutes a valid signature and that any document signed electronically gives rise to the same rights and obligations than if it was signed by hand. The Policyholder has the right to revoke his consent on the use of electronic signatures at any time by contacting the Insurer, such revocation having no effect on any documents previously completed by means of an electronic signature. In this case, the Policyholder acknowledges and agrees that the documents, following such choice, will be signed using a handwritten signature.*

* Försäkringstagaren/firmatecknaren hänvisas till Försäkringsbolagets Privacy policy på hemsidan (www.utmostinternational.com/privacy-statements), som ger information om behandlingen av personuppgifter och hans/deras rättigheter till sådana personuppgifter. / * *The Policyholder/the legal representative(s) of the Policyholder is/are referred to the Insurer's Privacy Notice on the corporate website (www.utmostinternational.com/privacy-statements), which provides information on the processing of personal data and his/their rights to such personal data.*

Försäkringstagare 1 / Policyholder 1

UNDERSKRIFT / SIGNATURE

Datum / Date

d	d	m	m	å	å	å	å
---	---	---	---	---	---	---	---

Plats / Place

Försäkringstagare 2 / Policyholder 2

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

d	d	m	m	å	å	å	å
---	---	---	---	---	---	---	---

Plats / Place

Firmatecknare 1 / Legal Representative 1

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

d	d	m	m	å	å	å	å
---	---	---	---	---	---	---	---

Plats / Place

Firmatecknare 2 / Legal Representative 2

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

d	d	m	m	å	å	å	å
---	---	---	---	---	---	---	---

Plats / Place

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. är registrerat hos R.C.S. med registreringsnummer B37604 och står under tillsyn av Commissariat aux Assurances (CAA)
Registrerat säte: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions är registrerat i Luxemburg som ett bolagsnamn tillhörande Utmost Luxembourg S.A.