

UNDERRÄTTELSE OM DEN FÖRSÄKRADES DÖDSFALL / DEATH CLAIM

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.*

Försäkringsnummer / *Policy Number*

Försäkringstagare 1 / *Individual Policyholder 1* Herr / *Mr* Fru / *Mrs* Annat / *Other*

Efternamn / *Surname(s)* Förnamn / *First name(s)*

Nuvarande folkbokföringsadress / *Residential address*

Gatuadress / *Street/N°*

Stad / *City* Postnummer / *Postcode*

Land / *Country*

Välj efter vad som är tillämpligt: / *Please, select as appropriate:*

Jag har redan tillhandahållit ett Självcertifieringsformulär och intygar att sådan Självcertifieringsformulär fortfarande är korrekt och giltigt. / *I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.*

eller / *or*

För fysiska personer: Jag intygar att i) jag har min skatterättsliga hemvist i överensstämmelse med följande tabell, ii) jag kommer att tillhandahålla ett certifierat dokument till stöd för alla framtida ändringar av skatterättslig hemvist, iii) jag, om Skatteregistreringsnummer/Personnummer saknas enligt Skäl B, utan dröjsmål och inom 30 dagar, kommer att tillhandahålla ett giltigt skatteregistreringsnummer/personnummer. / *For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.*

SKATTERÄTTSLIG HEMVIST (UNDTVIK FÖRKORTNINGAR) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	SKATTEREGISTRERINGSNUMMER/PERSONNUMMER ("TIN") (OM TILLÄMPLIGT) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	SKÄL OM TIN SAKNAS (A, B ELLER C)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	FÖRKLARING OM TIN SAKNAS (ENDAST SKÄL B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

För Enheter: Tillhandahåll utan dröjsmål och inom 30 dagar ett korrekt ifyllt Självcertifieringsformulär för Enheter. / *For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.*

UNDERRÄTTELSE OM DEN FÖRSÄKRADES DÖDSFALL / DEATH CLAIM

Försäkringstagare 2 / Individual Policyholder 2 Herr / Mr Fru / Mrs Annat / Other

Efternamn / Surname(s) Förnamn / First name(s)

Nuvarande folkbokföringsadress / Residential address

Gatuadress / Street/N°

Stad / City Postnummer / Postcode

Land / Country

Välj efter vad som är tillämpligt: / Please, select as appropriate:

Jag har redan tillhandahållit ett Självcertifieringsformulär och intygar att sådan Självcertifieringsformulär fortfarande är korrekt och giltigt. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

eller / or

För fysiska personer: Jag intygar att i) jag har min skatterättsliga hemvist i överensstämmelse med följande tabell, ii) jag kommer att tillhandahålla ett certifierat dokument till stöd för alla framtida ändringar av skatterättslig hemvist, iii) jag, om Skatteregistreringsnummer/Personnummer saknas enligt Skäl B, utan dröjsmål och inom 30 dagar, kommer att tillhandahålla ett giltigt skatteregistreringsnummer/personnummer. / For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.

SKATTERÄTTSLIG HEMVIST (UNDTVIK FÖRKORTNINGAR) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	SKATTEREGISTRERINGSNUMMER/PERSONNUMMER ("TIN") (OM TILLÄMPLIGT) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	SKÅL OM TIN SAKNAS (A, B ELLER C) / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	FÖRKLARING OM TIN SAKNAS (ENDAST SKÅL B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

För Enheter: Tillhandahåll utan dröjsmål och inom 30 dagar ett korrekt ifyllt Självcertifieringsformulär för Enheter. / For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

Försäkringstagare 3 / Individual Policyholder 3 Herr / Mr Fru / Mrs Annat / Other

Efternamn / Surname(s) Förnamn / First name(s)

Nuvarande folkbokföringsadress / Residential address

Gatuadress / Street/N°

Stad / City Postnummer / Postcode

Land / Country

Välj efter vad som är tillämpligt: / Please, select as appropriate:

Jag har redan tillhandahållit ett Självcertifieringsformulär och intygar att sådan Självcertifieringsformulär fortfarande är korrekt och giltigt. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

UNDERRÄTTELSE OM DEN FÖRSÄKRADES DÖDSFALL / DEATH CLAIM

eller / or

- För fysiska personer: Jag intygar att i) jag har min skatterättsliga hemvist i överensstämmelse med följande tabell, ii) jag kommer att tillhandahålla ett certifierat dokument till stöd för alla framtida ändringar av skatterättslig hemvist, iii) jag, om Skatteregistreringsnummer/Personnummer saknas enligt Skäl B, utan dröjsmål och inom 30 dagar, kommer att tillhandahålla ett giltigt skatteregistreringsnummer/personnummer. / *For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.*

SKATTERÄTTSLIG HEMVIST (UNDTVIK FÖRKORTNINGAR) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	SKATTEREGISTRERINGSNUMMER/PERSONNUMMER ("TIN") (OM TILLÄMPLIGT) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	SKÄL OM TIN SAKNAS (A, B ELLER C) / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	FÖRKLARING OM TIN SAKNAS (ENDAST SKÄL B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

- För Enheter: Tillhandahåll utan dröjsmål och inom 30 dagar ett korrekt ifyllt Självcertifieringsformulär för Enheter. / *For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.*

Försäkringstagare 4 / Individual Policyholder 4

Herr / Mr

Fru / Mrs

Annat / Other

Efternamn / Surname(s)

Förnamn / First name(s)

Nuvarande folkbokföringsadress / Residential address

Gatuadress / Street/N°

Stad / City

Postnummer / Postcode

Land / Country

Välj efter vad som är tillämpligt: / Please, select as appropriate:

- Jag har redan tillhandahållit ett Självcertifieringsformulär och intygar att sådan Självcertifieringsformulär fortfarande är korrekt och giltigt. / *I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.*

eller / or

- För fysiska personer: Jag intygar att i) jag har min skatterättsliga hemvist i överensstämmelse med följande tabell, ii) jag kommer att tillhandahålla ett certifierat dokument till stöd för alla framtida ändringar av skatterättslig hemvist, iii) jag, om Skatteregistreringsnummer/Personnummer saknas enligt Skäl B, utan dröjsmål och inom 30 dagar, kommer att tillhandahålla ett giltigt skatteregistreringsnummer/personnummer. / *For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.*

SKATTERÄTTSLIG HEMVIST (UNDVIK FÖRKORTNINGAR) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	SKATTEREGISTRERINGSNUMMER/PERSONNUMMER ("TIN") (OM TILLÄMPLIGT) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	SKÄL OM TIN SAKNAS (A, B ELLER C) / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	FÖRKLARING OM TIN SAKNAS (ENDAST SKÄL B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

För Enheter: Tillhandahåll utan dröjsmål och inom 30 dagar ett korrekt ifyllt Självcertifieringsformulär för Enheter. / **For Entities:** Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

- * Skäl A / Reason A Landet där Kontohavaren är skyldig att betala skatt utfärdar inte TIN till sina invånare. / The country where the Account Holder is liable to pay tax does not issue TINs to its residents.
- Skäl B / Reason B Kontohavaren kan av annan anledning inte erhålla TIN eller motsvarande nummer (förklara varför du inte kan erhålla TIN i tabellen om du har valt detta skäl). / The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (please explain why you are unable to obtain a TIN in the table if you have selected this reason).
- Skäl C / Reason C Inget TIN krävs. (Obs! Välj endast Skäl C om myndigheterna i landet där du har din skatterättsliga hemvist enligt uppgift inte kräver att TIN ska uppges). / No TIN is required (Note. Only select this Reason C if the authorities of the country of tax residence entered do not require the TIN to be disclosed).

Namn på den sista bortgångne försäkrade / Name(s) of deceased Life/Lives Assured

Förmånstagare / Beneficiary

Herr / Mr
 Fru / Mrs
 Annat / Other

Efternamn / Surname(s) Förnamn / First name(s)

Folkbokföringsadress / Residential address

Gatuadress / Street/N°

Stad / City Postnummer / Postcode

Land / Country

Välj efter vad som är tillämpligt: / Please, select as appropriate:

Jag har redan tillhandahållit ett Självcertifieringsformulär och intygar att sådan Självcertifieringsformulär fortfarande är korrekt och giltigt. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

eller / or

UNDERRÄTTELSE OM DEN FÖRSÄKRADES DÖDSFALL / DEATH CLAIM

För fysiska personer: Jag intygar att i) jag har min skatterättsliga hemvist i överensstämmelse med följande tabell, ii) jag kommer att tillhandahålla ett certifierat dokument till stöd för alla framtida ändringar av skatterättslig hemvist, iii) jag, om Skatteregistreringsnummer/Personnummer saknas enligt Skäl B, utan dröjsmål och inom 30 dagar, kommer att tillhandahålla ett giltigt skatteregistreringsnummer/personnummer. / For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.

SKATTERÄTTSLIG HEMVIST (UNDTVIK FÖRKORTNINGAR) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	SKATTEREGISTRERINGSNUMMER/PERSONNUMMER ("TIN") (OM TILLÄMPLIGT) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	SKÄL OM TIN SAKNAS (A, B ELLER C)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	FÖRKLARING OM TIN SAKNAS (ENDAST SKÄL B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

För Enheter: Tillhandahåll utan dröjsmål och inom 30 dagar ett korrekt ifyllt Självcertifieringsformulär för Enheter. / For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEoI Self-Certification Form for Entities duly filled in.

- * Skäl A / Reason A Landet där Kontohavaren är skyldig att betala skatt utfärdar inte TIN till sina invånare. / The country where the Account Holder is liable to pay tax does not issue TINs to its residents.
- Skäl B / Reason B Kontohavaren kan av annan anledning inte erhålla TIN eller motsvarande nummer (förklara varför du inte kan erhålla TIN i tabellen om du har valt detta skäl). / The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (please explain why you are unable to obtain a TIN in the table if you have selected this reason).
- Skäl C / Reason C Inget TIN krävs. (Obs! Välj endast Skäl C om myndigheterna i landet där du har din skatterättsliga hemvist enligt uppgift inte kräver att TIN ska uppges). / No TIN is required (Note. Only select this Reason C if the authorities of the country of tax residence entered do not require the TIN to be disclosed).

Undertecknad hävdar härmed rättigheterna till ovan nämnda försäkring och begär att försäkringstillgångarna utbetalas till följande konto. / The undersigned claim(s) entitlement to the Policy Proceeds of the above Policy and request(s) that such Policy Proceeds be transferred to the following account.

Bank / Name of the bank	<input type="text"/>		
Adress / Address	<input type="text"/>		
Gatuadress / Street/N°	<input type="text"/>		
Stad / City	<input type="text"/>	Postnummer / Postcode	<input type="text"/>
Land / Country	<input type="text"/>		
Telefon / Telephone	<input type="text"/>		
E-post / E-mail	<input type="text"/>		
Kontohavare / Account holder name	<input type="text"/>		
Sort Code / Sort Code	<input type="text"/>	Kontonummer / Account number	<input type="text"/>
SWIFT/BIC / SWIFT/BIC	<input type="text"/>	IBAN nummer / IBAN	<input type="text"/>
Valuta på kontot / Cash account currency	<input type="text"/>		

UNDERRÄTTELSE OM DEN FÖRSÄKRADES DÖDSFALL / DEATH CLAIM

1. Jag/vi bekräftar att jag/vi inte har överfört, pantsatt, överlåtit eller på något sätt belastat mina/våra rättigheter eller roll(er) under försäkringen; / *I/We confirm that I/we have not transferred, assigned or in any way encumbered my/our rights or title under the Policy;*
2. Jag/vi bekräftar att alla eventuella utestående skulder kommer att dras ifrån återköpsvärdet; / *I/We understand that any and all outstanding indebtedness will be deducted from the Policy Proceeds;*
3. Jag/vi bekräftar att denna utbetalning kommer att utföras i enlighet med de allmänna villkoren för försäkringen; och / *I/We acknowledge that this death claim will be executed in accordance with the General Conditions of the Policy;* and
4. Jag/vi accepterar att efter verkställandet av denna utbetalningen av försäkringstillgångarna kommer Utmost Luxembourg S.A. skyldigheter i relation till försäkringen att upphöra. / *I/We agree that on payment of the Policy Proceeds, Utmost Luxembourg S.A. will be discharged absolutely from its obligations in respect of the Policy.*

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

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

Plats / Place

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

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

Plats / Place

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

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

Plats / Place

**UNDERSKRIFT /
SIGNATURE**

Datum / Date

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

Plats / Place

UTMOST LUXEMBOURG S.A. MÅSTE MOTTAGIT FÖLJANDE DOKUMENT FÖR ATT KUNNA GODKÄNNA ÖVERFÖRINGEN: / *UTMOST LUXEMBOURG S.A. MUST BE IN RECEIPT OF THE FOLLOWING IN ORDER TO RELEASE THE PROCEEDS:*

- › certifierad kopia på dödsfallsintyg för varje försäkrad som bekräftar dödsdatum samt dödsorsak; / *certified copy of the death certificate of each Life Assured (stating the date and cause of death);*
- › eventuell fullmakt för den person som företräder den som hävdar rättigheterna till försäkringen; / *if appropriate, the grant of representation evidencing the entitlement of the claimant(s);*

UNDERRÄTTELSE OM DEN FÖRSÄKRADES DÖDSFALL / DEATH CLAIM

- › certifierad passkopia eller ID-handling samt verifierad adress för varje person som hävdar rättigheterna till försäkringen; / *certified copy of the identity card or passport and address verification (e.g. a recent utility bill not older than three months old) of each person claiming the Policy Proceeds; and*
- › originalet av denna underrättelse undertecknad av samtliga som hävdar rättigheterna till försäkringen. / *the original of this form signed by each person claiming the Policy Proceeds.*

VIKTIGT: / IMPORTANT:

Observera att utbetalning kan ta längre tid beroende på likviditeten samt tiden för avyttring av de underliggande tillgångarna. Beroende på till var utbetalning skall ske kan utbetalningen ta ytterligare tio bankdagar från dagen vilken Utmost Luxembourg S.A. instruerar depåbanken. / *Depending on the liquidity of the Portfolio and the redemption timetable of any Fund Manager, the processing of your death claim may be delayed substantially. Depending on the destination of the proceeds, payment may take an additional 10 Business Days from the Dealing Day on which the death claim is processed.*

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.