

Privilege Structured Bond Överlåtelse

Försäkringstagare 1	<input type="text"/>
Personnummer/Organisationsnummer	<input type="text"/>
Firmatecknare (vid företagsägd försäkring)	<input type="text"/>
Försäkringstagare 2*	<input type="text"/>
<i>*I de fall försäkringen är utfärdad med två försäkringstagare</i>	
Personnummer 2	<input type="text"/>
Försäkringsnummer	<input type="text"/>
Förmedlare	<input type="text"/>

1. Den nya ägaren/de nya ägarna

Härmed överläts försäkringen till följande ny(a) försäkringstagare:

Ny(a) försäkringstagare (privatperson)

Försäkringstagare 1

Efternamn	<input type="text"/>
Förnamn	<input type="text"/>
Utdelningsadress	<input type="text"/>
Postnr, Ort	<input type="text"/>
Telefonnr/e-post (valfritt)	<input type="text"/>
Nationalitet	<input type="text"/>
Personnr	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna

Vid överlåtelse mellan privatpersoner, vänligen ange relation till tidigare ägare

Ny försäkringstagare 2

Efternamn	<input type="text"/>
Förnamn	<input type="text"/>
Utdelningsadress	<input type="text"/>
Postnr, Ort	<input type="text"/>
Telefonnr/e-post (valfritt)	<input type="text"/>
Nationalitet	<input type="text"/>
Personnr	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna

Vid överlåtelse mellan privatpersoner, vänligen ange relation till tidigare ägare

Ny försäkringstagare (juridisk person)

Företagets namn	<input type="text"/>
Företagsadress	<input type="text"/>
Postnr, Ort	<input type="text"/>
Organisationsnr	<input type="text"/>

Firmatecknare

Efternamn	<input type="text"/>
Förnamn	<input type="text"/>
Nationalitet	<input type="text"/>
Befattning	<input type="text"/>
Firmateckningsrätt	<input type="checkbox"/> Enskild <input type="checkbox"/> I förening
Personnr	<input type="text"/>

Efternamn	<input type="text"/>
Förnamn	<input type="text"/>
Nationalitet	<input type="text"/>
Befattning	<input type="text"/>
Firmateckningsrätt	<input type="checkbox"/> Enskild <input type="checkbox"/> I förening
Personnr	<input type="text"/>

Försäkringsnummer

Firmatecknare (forts.)

Efternamn	<input type="text"/>	Efternamn	<input type="text"/>
Förnamn	<input type="text"/>	Förnamn	<input type="text"/>
Nationalitet	<input type="text"/>	Nationalitet	<input type="text"/>
Befattning	<input type="text"/>	Befattning	<input type="text"/>
Firmateckningsrätt	<input type="checkbox"/> Enskild <input type="checkbox"/> I förening	Firmateckningsrätt	<input type="checkbox"/> Enskild <input type="checkbox"/> I förening
Personnr	<input type="text"/>	Personnr	<input type="text"/>

2. Uppllysningar/Checklista

För att överlåtelsen ska vara giltig krävs följande:

För alla överlåtelser (pensionsförsäkringar och kapitalförsäkringar):

- Försäkringsbrevet överlämnas till ny(a) ägare.
- **Vid privat försäkring:** Bifoga en giltig och läslig kopia på ID-handling (ID-kort- kopierad fram- och baksida -, körkort eller pass) för både den nya och den nuvarande ägaren, bestyrkt av förmedlaren.
- **Vid företagsägd försäkring:** Bifoga registreringsbevis för företag, ej äldre än 3 månader, samt en giltig och läslig kopia på ID-handling för firmatecknare, separat betalningsmottagare och aktieägare med en ägarandel på över 10 % (om andra än firmatecknarna) för både den nya och den nuvarande ägaren, bestyrkt av förmedlaren.
- Bifoga ett ifyllt och undertecknat formulär för kundinformation för den nya ägaren samt ett för den nuvarande ägaren om denne inte redan har lämnat ett sådant till företaget.
- Bifoga fullmakten (att erhålla uppgifter hänförliga till den sökande) som fyllts i och undertecknats av den nya ägaren.

Glöm inte att ändra förmånstagare (vid privatägd försäkring).

För överlåtelse av kapitalförsäkring krävs även följande vid företagsägd försäkring:

- Bifoga ett skriftligt intyg från en auktoriserad revisor att försäkringen varit upptagen i företagets bokföring och att den tas bort efter att överlåtelsen trätt i kraft.
- Bifoga en giltig och läslig kopia på ID-handling för denna revisor, bestyrkt av förmedlaren.

Företaget förbehåller sig rätten att neka en begäran om överlåtelse.

3. Försäkrans

Pensionsförsäkring:

Den nuvarande ägaren bekräftar härmed att den anställde

(namn)

har lämnat företaget på följande datum:

(åååå/mm/dd)

Varning gällande investeringar i alternativa fonder, fastighetsfonder och fonder med låg likviditet

Försäkringstagare som önskar investera sitt sparkapital i en försäkring som är kopplad till en eller flera s.k. alternativa fonder eller fastighetsfonder, eller i en internt uppsatt fond som sannolikt kommer att investera i en eller flera alternativa fonder eller fastighetsfonder, ska vara uppmärksam på att en sådan investering innebär risker som beror på de särskilda egenskaperna hos de underliggande tillgångar som utgör denna typ av fond eller fondens jämförelseindex.

Den alternativa förvaltningstekniken skiljer sig från hur vanliga aktie- och obligationsfonder traditionellt förvaltas. Den inbegriper komplexa finansiella instrument, såsom hävstång och blankning, samt användningen av derivatinstrument och andra riskfyllda investeringsförfaranden som sannolikt ökar risken för förlust.

Försäkringstagaren ska vara medveten om att dessa fonder kan komma att ha låg likviditet.

Dessa investeringsfonder är därför huvudsakligen ämnade för försäkringstagare som har angivit att de har ingående kunskaper om hur finansmarknaderna fungerar och som är medvetna om att risken för förlust i samband med denna typ av fond är större än den för traditionella fonder.

Innan beslut tas om att investera i s.k. alternativa fonder eller fastighetsfonder, uppmanas försäkringstagaren att noga läsa informationsmeddelandena som berör dessa fonder och att rådfråga sina egna ekonomiska rådgivare, i syfte att vara fullt medveten om de potentiella risker och ekonomiska konsekvenser som detta val kan innebära.

Försäkringstagaren bekräftar att han/hon har läst och förstått betydelsen i ovanstående varning. Han/hon är därför fullt medveten om riskerna och de särskilda egenskaperna hos dessa underliggande tillgångar när han/hon ger Företaget i uppdrag att investera hans/hennes premie i en eller flera alternativa fonder eller fastighetsfonder, i de fall anvisningar om att göra detta ges vid tiden för ansökan, byte eller tilläggsinvestering.

Ort och datum

Underskrift* Nuvarande försäkringstagare 1

Underskrift* Nuvarande försäkringstagare 2

Ort och datum

Underskrift* Ny försäkringstagare 1

Underskrift* Ny försäkringstagare 2

* Observera att underskriften i detta formulär måste överensstämma med underskriften i ID-handlingen.

SEKRETESSPOLICY

Vårt sekretesspolicy förklarar när och varför vi samlar in personuppgifter om våra kunder, hur vi använder det, villkoren för att vi kan dela det med andra och hur vi håller det säkert. Det förklarar också hur länge vi behåller kundinformation för, hur en kund kan inhämta detaljer om den information vi håller och vilka val kunder har om hur vi använder den informationen. Du hittar en kopia på vår hemsida www.utmostinternational.com/privacy-statements/ eller du kan begära en kopia från vårt Kundenservice Team.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Samtalen kan övervakas och spelas in för utbildningssyfte och för att undvika något missförstånd.

Utmost PanEurope dac regleras av Central Bank of Ireland (nr 311420). Dess registrerade kontor är Navan Business Park, Athlumney, Navan, Co. Meath, C15 CCW8, Irland.

Utmost PanEurope dac är innehavare av kategori A-försäkringstillstånd hos Jersey Financial Services Commission.

Utmost Wealth Solutions är registrerat i Irland som ett företagsnamn för Utmost PanEurope dac.

UIC PR 0060 | 10/22