



Blanketten ska skrivas under av försäkringstagaren och överlämnas till ansvarig förmedlare. Förmedlare ansvarar för att registrera försäkringen på movestic.se, varefter blanketten ska undertecknas av ansvarig förmedlare och skickas till Movestic Box 7853, 103 99 Stockholm.

Uppgift om försäkringstagare/försäkrad

| | | |
|---|---|---|
| Försäkringsnummer ¹ | | Datum från vilket försäkringen ska gälla |
| Namn | | Personnummer |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-postadress | Telefon | Medborgarskap <input type="checkbox"/> Svenskt <input type="checkbox"/> Annat: |
| Sysselsättning <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egen företagare <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Annat: | | |
| Är du en politiskt utsatt person ² ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Är du familjemedlem eller känd medarbetare till en politiskt utsatt person ² ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du under försäkringstiden blir en politiskt utsatt person, familjemedlem eller känd medarbetare till en sådan person ska det anmälas till Movestic utan dröjsmål |
| Bor du utomlands? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Ange land | Är du skattskyldig utomlands <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja - ange skatteregisteringsnummer och aktuellt land: | | |

Uppgifter om försäkrad (om annan än försäkringstagaren)

| | | |
|---|---|---|
| Namn | | Personnummer |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-postadress | Telefon | Medborgarskap <input type="checkbox"/> Svenskt <input type="checkbox"/> Annat: |
| Är du en politiskt utsatt person ¹ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Är du familjemedlem eller känd medarbetare till en politiskt utsatt person ¹ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du under försäkringstiden blir en politiskt utsatt person, familjemedlem eller känd medarbetare till en sådan person ska det anmälas till Movestic utan dröjsmål |
| Bor du utomlands? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Ange land | Är du skattskyldig utomlands <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja - ange skatteregisteringsnummer och aktuellt land: | | |

Uppgifter om betalare (om annan än försäkringstagaren)

| | | |
|---|---|---|
| Namn | | Personnummer |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-postadress | Telefon | Medborgarskap <input type="checkbox"/> Svenskt <input type="checkbox"/> Annat: |
| Är du en politiskt utsatt person ¹ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Är du familjemedlem eller känd medarbetare till en politiskt utsatt person ¹ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du under försäkringstiden blir en politiskt utsatt person, familjemedlem eller känd medarbetare till en sådan person ska det anmälas till Movestic utan dröjsmål |
| Bor du utomlands? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Ange land | Är du skattskyldig utomlands <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja - ange skatteregisteringsnummer och aktuellt land: | | |

Fakturauppgifter

| | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| Betalfrekvens (anges om avtalet avser löpande betalda försäkringar) <input type="checkbox"/> Månad <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Endast engångsbetald <input type="checkbox"/> Faktura ska ej skickas från Movestic ³ | | |
| Betalsätt för löpande betalningar <input type="checkbox"/> Autogiro ⁴ <input type="checkbox"/> Faktura (OCR/BGC) | Clearingnummer för autogiro | Kontonummer för autogiro |

¹ Fylls i av förmedlare efter registrering på partner.movestic.se.

² Med "politiskt utsatt person" avses en person som har eller tidigare haft en viktig offentlig funktion i en stat eller funktion i ledningen i en internationell organisation.

³ Inbetalning ska ske på annat sätt än via faktura. Movestic stoppar fakturautskicket när ansökan inkommer till Movestic.

⁴ Autogiro kan användas för löpande betalning



Uppgifter om önskad försäkring

| | | |
|--|---|---|
| Vad är syftet med ditt sparande/placering? | | |
| <input type="checkbox"/> Ekonomisk trygghet | <input type="checkbox"/> Pension | <input type="checkbox"/> Sparande/placering <input type="checkbox"/> Till närstående Annan |
| Varifrån kommer de pengar som betalas in på försäkringen? | | |
| <input type="checkbox"/> Lön | <input type="checkbox"/> Sparande/placering | <input type="checkbox"/> Arv <input type="checkbox"/> Gåva <input type="checkbox"/> Fastighetsförsäljning Annan |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sparförsäkring med återbetalningsskydd | | |
| Avtalad årspremie | Premiebetalningstid | Engångspremie |
| Utbetalas vid års ålder | Utbetalas i år eller <input type="checkbox"/> Engångsutbetalning | Övrigt |

Val av depåinstitut¹

Garantum Fondkommission AB Humle Kapitalförvaltning AB

¹För att kunna ta ut avgifter och skatt ska minst 3% av innehavet i depån utgöra likvida medel.

Förmånstagare

Om återbetalningsskydd valts, gäller följande: Förmånstagare vid försäkringstagarens/försäkrades död är make/maka/sambo/registrerad partner eller om sådan saknas, barn. Med barn avses endast barn i första led. Förmånstagarna erhåller förfoganderätt till sin del av försäkringen vid den försäkringstagarens/försäkrades död. Om en förmånstagare helt eller delvis avstår från sin rätt inträder den eller de enligt förordnandet därnäst berättigade i den avståendes ställe. Önskas annat förmånstagarförordnande lämnas detta på särskild blankett.

Särskilt vid handel med finansiella instrument

I depå hos depåinstitutet kan du handla med komplicerade finansiella instrument såsom strukturerade produkter. Det är därför viktigt att du som investerare är medveten om de risker och villkor som följer av dina investeringar. Det finns inte någon garanti för ditt sparande och du kan förlora delar av eller hela ditt investerade kapital. Movestic rekommenderar att du före handel alltid konsulterar professionella rådgivare och tillsammans med dessa noga överväger investeringsbeslutet mot bakgrund av dina egna förhållanden, din kunskap och produktinformationen.

Movestic avråder placeringar i strukturerade produkter eller liknande instrument om du inte kan förstå produktens uppbyggnad, om du inte är medveten om riskerna med din tilltänkta investering eller om dina egna förhållanden inte medger att du förlorar insatt kapital.

Uppgift om försäkringstagaren (placeringsberättigad) Obligatoriska uppgifter

| | | | |
|---|---|--|-------|
| | | Försäkringsnummer | |
| Namn | | Personnummer | |
| Adress | Postnummer | Ort | |
| E-postadress | | Telefon | Mobil |
| Är du en politiskt utsatt person ¹ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Är du familjemedlem eller känd medarbetare till en politiskt utsatt person ¹ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du under försäkringstiden blir en politiskt utsatt person, familjemedlem eller känd medarbetare till en sådan person ska det anmälas till Movestic utan dröjsmål. | |

¹Med "politiskt utsatt person" avses en person som har eller tidigare haft en viktig offentlig funktion i en stat eller funktion i ledningen i en internationell organisation.

Underskrifter

Uppgifter i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringens omfattning hos Movestic.

Försäkringstagaren och den försäkrade (placeringsberättigade) har tagit del av

- Movestics allmänna och särskilda villkor
- Produktvillkor, förköpsinformation och faktablad för valda produkter
- Allmänna hälsoprövningsregler
- Prislista
- Placeringsreglemente för depåförvaltning

Försäkringstagaren/placeringsberättigad har även tagit del av, och accepterar, Movestic's information om hantering av personuppgifter.

Medgivande till betalning via autogiro (Gäller endast om försäkringstagaren och betalaren är samma person. Om försäkringstagaren och betalaren är olika personer, ska ett särskilt medgivande för autogiro inhämtas från betalaren och skickas till Movestic)

Försäkringstagaren ("här kallad betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfalldagen") via Autogiro. Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rätelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

Särskilt om depå

Försäkringstagaren är införstådd med att denne står den finansiella risken för värdeutvecklingen i de fonder, fondportföljer och övriga finansiella instrument som finns i försäkringen. Försäkringstagaren har tagit del av de allmänna bestämmelser för depå/kontoavtal, allmänna villkor för handel med finansiella instrument, riktlinjer för utförande av order, depåinstitutets information om bolaget samt depåförvaltarens information om egenskaper, information om risker avseende finansiella instrument och övriga villkor som gäller för respektive depåinstitut. Försäkringstagaren har även tagit del av Movestic's information avseende vad som särskilt ska beaktas vid handel med finansiella instrument. Försäkringstagaren är även införstådd med att uttag och insättning av likvida medel i försäkringen endast kan ske via Movestic.

Försäkringstagaren ger förmedlaren (som anges under försäkringsförmedlarens notering och underskrift) fullmakt att för försäkringstagarens räkning få tillgång till uppgifter om kontoställning och depåinnehav på min försäkring och depå hos depåinstitutet. Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits gäller denna fullmakt för den depå som Movestic öppnar hos depåinstitutet i anslutning till ansökan. Fullmakten gäller till dess att den av mig/oss skriftligen återkallas hos Movestic.

Försäkringstagaren ger det värdepappersbolag förmedlaren är anknutet till (anges under försäkringsförmedlarens notering och underskrift) fullmakt att till depåinstitutet vidarebefordra köp och säljorder i finansiella instrument samt erhålla uppgift om kontoställning och depåinnehav.

Försäkringsbolaget ger Försäkringstagaren rätt att förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper i försäkringen och depån. Försäkringstagaren ger i förekommande fall den placeringsberättigade rätt att förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper i försäkringen och depån. Försäkringstagaren och den placeringsberättigades förfogande får inte ske i strid med de villkor som gäller för försäkringen eller depån.

Försäkringstagares/placeringsberättigads underskrift

| | | |
|---------------|--|-------------------|
| Ort och datum | Försäkringstagares/placeringsberättigads underskrift | Namnförtydligande |
|---------------|--|-------------------|

Försäkringsförmedlarens noteringar och underskrift

Handlingen ska skrivas under av ansvarig förmedlare och sändas in till Movestic Box 7853, 103 99 Stockholm. Movestic Spar Privat Depå registreras på partner.movestic.se. Undertecknad försäkringsförmedlare intygar att åtgärder för kundkännedom har utförts i enlighet med lagen (2009:62) om åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism samt i enlighet med förmedlarens åtagande gentemot Movestic. Undertecknad försäkringsförmedlare ansvarar för att uppgifterna på denna blankett är korrekta i förhållande till gällande samarbetsavtal med Movestic.

| | | | | |
|---|---|---------------------|--|-----|
| ID-kontroll försäkringstagare (kopia ska skickas till Movestic) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> ID-handling <input type="checkbox"/> Utländskt ID | | | | |
| Förmedlarkod | Datum | Underskrift | Namnförtydligande | |
| Telefon | E-postadress | Förmedlarens adress | Postnummer | Ort |
| Anknutet ombud till värdepappersbolag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Namn på Värdepappersbolag (för anknutna ombud) | | Organisationsnummer på Värdepappersbolag (för anknutna ombud) | |

Movestics Anteckningar

| | |
|--------|-----------------------|
| Depån: | Underskrift Movestic: |
|--------|-----------------------|

Uppgifter om den försäkrade

| | | |
|------|--------------|-------------------|
| Namn | Personnummer | Försäkringsnummer |
|------|--------------|-------------------|

Ersättnings- och avgiftsmodell, välj ett alternativ

1. Utjämnad ersättning – Med kundvårdsersättning

Anges i intervall 0 % - 0,6 % (Default vid ej val 0,6 %):

Modellen är valbar för engångsbetald och löpande betald försäkring.

Vald kundvårdsersättning tas ut som en avgift på försäkringskapitalet och utbetalas kvartalsvis. Utöver vald ersättning tillkommer en avgift på kapitalet på 0,35 % samt en årlig avgift enligt gällande prislista.

2. Premieersättning

2,50 % i premieersättning. Kapitalavgift 0,95 % samt en årlig avgift enligt gällande prislista. Kundvårdsersättning på 0,6 % utgår från år 5.

Modellen är valbar för engångsbetald försäkring.

3. Utjämnad ersättning - Nettodepå med kundvårdsersättning

Anges i intervall 0 % - 1,65 % (Default vid ej val 1,65 %):

Modellen används vid nettodepå, valt depåinstitut är Garantum och kan användas för både engångsbetald samt löpande betald försäkring.

Vald kundvårdsersättning tas ut i form av en avgift på försäkringskapitalet och utbetalas kvartalsvis. Utöver vald ersättning tillkommer en avgift på kapitalet om 0,35 % samt en årlig avgift enligt gällande prislista.

Underskrift av försäkringsförmedlaren

| | | | |
|-------|-------------|-------------------|--------------|
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande | Förmedlarkod |
|-------|-------------|-------------------|--------------|