

Kostnadsställe

Referens

ANSÖKAN TJÄNSTEPENSIONSPLAN

1 UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGSTAGAREN/FÖRETAGET

Organisationsnummer	Företagets namn	
Utdelningsadress	Postnr	Ort
Kontaktperson, namn	Kontaktperson, telefon	Kontaktperson, mejladress
HUVUDADMINISTRATÖR FÖR FÖRETAGSWEBB (Ger er möjlighet att ny- och avanmäla anställda samt ändra premier och löneuppgifter)		
Förnamn och efternamn	Personnr	
Huvudadministratör, mejladress		

<input type="checkbox"/> Ingår i koncern	Organisationsnummer moderbolag
--	--------------------------------

OBLIGATORISK BILAGA

En kopia ska bifogas på giltig legitimation för den/de legala företrädare som undertecknar detta avtal. Är legitimationen tvärsidig, exempelvis körkort, ska både fram och baksida kopieras.

HOS OSS HITTAR DU ETT HÅLLBART SPARANDE

Du kan alltid välja att spara i hållbara värdepapper hos oss. Du kan till exempel skapa en egen hållbarhetsstämpel där du själv väljer vad som är viktigt när du vill spara i hållbara fonder.

BEHOVSPRÖVNING TJÄNSTEPENSION

Uppfyller ert företag något av följande påståenden (obligatorisk uppgift)

- Företaget omfattas ej av kollektivavtal
- Företaget vill erbjuda löneväxling till sina anställda
- Företaget vill hjälpa en anställd/före detta anställda att flytta sin pension till Avanza
- Anställda på företaget vill placera sin alternativa ITP hos Avanza
- Företaget önskar göra kompletterande inbetalningar till anställda/före detta anställda utöver primär tjänstepensionslösning

JA NEJ

Om ni svarar ja anses ni ha behov av att teckna tjänstepension hos Avanza. Stämmer inget av ovan påståenden in på er anses ni inte ha behov av att teckna tjänstepension hos Avanza. Ni kan ändå teckna produkten men intygar då att ni tagit del av att Avanza inte anser er ha ett behov. Produkten är inte avsedd för företag som saknar svenskt organisationsnummer. Ägare för enskilda firmor, handelsbolag eller kommanditbolag kan inte teckna den här produkten.

Signeras:

FORTSÄTTNING PÅ NÄSTA SIDA

TIDPUNKT FÖR ANSLUTNING

DATUM DÅ TJÄNSTEPENSIONSPLAN SKA TRÄDA IKRAFT OCH TIDIGASTE STARTDATUM FÖR FÖRSÄKRINGAR

År	Månad

TJÄNSTEPENSIONSPLAN

Undertecknad arbetsgivare, nedan kallad Företaget, ansöker om tjänstepensionsplan för tjänstepension hos Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension (516401-6775), nedan kallat Avanza Pension, samt Euro Accident Livförsäkring AB (516401-6783). Tjänstepensionsplan ska tillämpas för de anställda som Företaget anmäler via vår Företagswebb eller skriftligen till Avanza Bank. Försäkringsgivare för ålderspensionsförsäkring är Avanza Pension. Försäkringsgivare för premiebefrielseförsäkring och sjukförsäkring är Euro Accident Livförsäkring AB, nedan kallat Euro Accident.

AVANZA PENSION FÖRBINDER SIG ATT:

- tillhandahålla ålderspensionsförsäkring i enlighet med föreliggande tjänstepensionsplan,
- för varje försäkring öppna ett depå-/konto för placering av premie,
- månadsvis fakturera försäkringspremie för samtliga i planen ingående försäkringar,
- besvara frågor avseende ålderspensionsförsäkring,
- placera inbetalda premier enligt den entrélösning som gällde vid tecknandet av avtalet eller enligt av företaget vald fondfördelning.

EURO ACCIDENT FÖRBINDER SIG ATT:

- tillhandahålla sjukförsäkring och premiebefrielseförsäkring i enlighet med föreliggande tjänstepensionsplan,
- riskbedöma, skadereglera samt besvara frågor avseende sjukförsäkring och premiebefrielseförsäkring.

FÖRETAGET FÖRBINDER SIG OCH/ELLER INTYGAR ATT:

- anmäla vilka anställda som ska omfattas av tjänstepensionsplanen,
- korrekt och fullständigt anmäla de försäkrades identitet och uppgifter som har betydelse för respektive försäkring i enlighet med personalrapport, löpande anmäla förändringar som har betydelse för försäkringarna. Om Företaget försummar att anmäla anställda som ska ingå i tjänstepensionsplan, löneförändring eller annan förändring och detta medför att den anställde blir försäkrad med felaktigt försäkringsbelopp eller att någon försäkring inte kan tecknas när försummelsen konstaterats, svarar Företaget för de försäkringsbrister som kan uppstå på grund av försummelsen, avanmäla anställda som inte längre ska omfattas av tjänstepensionsplanen, avanmälan/ändring ska ske senast den 25:e i månaden för att reglering av premie ska kunna ske månaden efter.
- Om Företaget försummar att avanmäla försäkrad från avtalet och premien redan betalats till Euro Accident ansvarar Avanza Pension för återbetala premien,
- betala aviserad avtalad premie för tecknade försäkringar senast på fakturans förfallodag,
- i tillämpliga fall ombesörja att den anställde lämnar erforderliga hälsouppgifter,
- till den anställde överlåta placeringsrätten för det depå-/konto som öppnats för försäkringen. Den anställde får också rätt att i sin tur överlåta placeringsrätten till annan via fullmakt.
- Placering av de premier som görs för de anställda som omfattas av tjänstepensionsplanen, är lämplig för de anställda.

- De anställda som omfattas av tjänstepensionsplanen har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att handla ocomplicerade instrument såsom aktier, fonder och premieobligationer.
- informera de anställda om Avanza Pensions och Euro Accidents behandling av personuppgifter i enlighet med tillämplig dataskyddslagstiftning,
- vidarebefordra förköpsinformation samt försäkringsvillkor från Avanza Pension och Euro Accident till den anställde samt informera om att denne är bunden av vid var tid gällande villkor.
- vidarebefordra Handels- och depåbestämmelser för försäkring och Information om egenskaper och risker avseende finansiella instrument till den anställde samt informera om att denne är bunden av vid var tid gällande depåbestämmelser.

KUNDKONTO

Till varje tjänstepensionsplan är knutet ett kundkonto. Kundkontot medger inte uttag eller värdepappershandel utan används endast för administration och hantering av de i avtalet ingående försäkringarnas premier. Genom tecknandet av en tjänstepensionsplan öppnas även ett kundkonto för Företaget hos Avanza Bank AB. Avanza Banks Villkor och bestämmelser för handels- och depå-/kontoavtal reglerar i tillämpliga delar vad som gäller för kundkontot.

FAKTURERING OCH BETALNING

Fakturering av den totala premiesumman sker månadsvis. Företaget betalar in premie för de i tjänstepensionsplanen ingående försäkringarna till kundkontot. Premien ska finnas tillgänglig på kundkontot senast den på fakturans angivna förfallodagen.

Under förutsättning att fakturerad premie inkommit på kundkontot och efter det att premie för premiebefrielse- och/eller sjukförsäkring avskilts från totalpremien och betalats till Euro Accident ansvarar Avanza Pension för att insättning av ålderspensionspremie sker på de enskilda försäkringarnas depåer senast fem bankdagar efter förfallodagen.

Om ålderspensionspremie ej anges i Personalrapport Nyanmälan sker ingen fakturering.

ENTRÉLÖSNING

Vid nyteckning av tjänstepensionsplan hos Avanza Pension placeras inbetalda premier efter vid var tid gällande entrélösning. För information om aktuell entrélösning gå in på avanza.se. Den entrélösning som gäller när tjänstepensionsplanen tecknas gäller tills dess den anställde ändrar den.

Företaget kan välja en egen fondfördelning.

FÖRSÄKRINGSVILLKOR

Ålderspension regleras i Avanza Pensions villkor för tjänstepension. Sjukförsäkring och premiebefrielseförsäkring regleras i Euro Accidents villkor för respektive försäkring.

TILLÄMPLIG LAG

För tjänstepensionsplan gäller svensk lag samt allmänna avtalsrättsliga regler.

TVIST

Twist i anledning av detta avtal ska avgöras av allmän domstol.

FÖRMÅNSGRUPP

Förmånsgruppnamn (möjlighet att namnge förmånsgruppen)

OB! Vill du ange fler förmånsgrupper vänligen använd blankett "Förmånsgrupp".

ÅLDERSPENSION

Vid uppnådd pensionsålder utbetalas pension till den anställde under den avtalade utbetalningstiden. Ålderspensionens storlek bestäms av försäkringens värde.

PREMIEBEFRIELSEFÖRSÄKRING

Om den anställde inte kan arbeta på grund av sjukdom eller olycksfall, betalas ålderspensionspremie av premiebefrielseförsäkringen istället för av arbetsgivaren. För vidare information se Villkor premiebefrielseförsäkring.

SJUKFÖRSÄKRING

Försäkringen omfattar fortlöpande utbetalning av försäkringsersättning vid arbetsoförmåga. Om den anställde blir arbetsoförmögen utbetalas ersättning under sjukdomsperioden. Utbetalning görs till den anställde och påbörjas efter avtalad karenstid, dock längst till den i planavtalet angivna pensionsåldern. Sjukförsäkring tecknas med 3 månaders- samt R-karens. R-karens är en rörlig karens vid beviljad sjukersättning. Försäkringsbeloppet beräknas utifrån den anställdes inkomst och vald ersättningsnivå (ITP-nivå eller Maxnivå). För vidare information se Villkor PlanSjuk.

VAL AV FÖRSÄKRINGSMOMENT

Ålderspension med återbetalningsskydd

Pensionsålder (55-70 år, 65 år om inget annat anges) _____

Utbetalningstid (Temporär 15 år om inget annat anges)

Livsvarig

Temporär (5-20 år)* _____

Premiebefrielse**

Sjukförsäkring (Plansjuk)**

Obs! Glöm inte att fylla i behovsprövning om ni tecknar sjukförsäkring eller premiebefrielse.

Ersättningsnivå för sjukförsäkring ITP Max

Totalt antal anställda som ska omfattas av premiebefrielse och/eller sjukförsäkring _____

* Om utbetalningarna skall upphöra när den försäkrade fyller 65 år får pensionen betalas ut under kortare tid, dock minst tre år. ** Premiebefrielse- och sjukförsäkring tecknas på samtliga anställda inom ramen för förmånsgrupp som riskbedöms enligt fullt arbetsför begreppet. Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetskadivärn inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. För företag med färre än 10 försäkrade ska arbetsgivaren intyga att den anställde inte varit sjukskriven längre än 14 sammanhängande dagar de senaste 90 dagarna. För information när hälsodeklaration eventuellt krävs, kontakta Avanza för information om gällande teckningsregler.



BEHOVSPRÖVNING PREMIEBEFRIELSE

Uppfyller ert företag följande påstående (obligatorisk uppgift om ni tecknar premiebefrielse)

- Som arbetsgivare vill jag skydda mig från att behöva betala de anställdas pensionspremier vid långvarig sjukdom (mer än 90 dagar)

JA NEJ

Om ni svarar ja anses ni ha behov av att teckna premiebefrielse via Avanza. Stämmer inte ovan påstående in på er anses ni inte ha behov av att teckna premiebefrielse via Avanza. Ni kan ändå teckna produkten men intygar då att ni tagit del av att Avanza inte anser att ni har ett behov. Produkten är inte avsedd för personer som saknar inkomst av tjänst, eller personer som avser att varaktigt bo utomlands (mer än ett år) utan att vara utsänd av svensk juridisk person (arbetsgivare).

BEHOVSPRÖVNING SJUKFÖRSÄKRING

Uppfyller ert företag något av följande påståenden (obligatorisk uppgift om ni tecknar sjukförsäkring)

- Som arbetsgivare vill jag skydda mina anställda från inkomstbortfall vid längre tids sjukdom (mer än 90 dagar)
- Företaget saknar sjukförsäkring för sina anställda

JA NEJ

Om ni svarar ja anses ni ha behov av att teckna sjukförsäkring via Avanza. Stämmer inget av ovan påstående in på er anses ni inte ha behov av att teckna sjukförsäkring via Avanza. Ni kan ändå teckna produkten men intygar då att ni tagit del av att Avanza inte anser att ni har ett behov. Produkten är inte avsedd för personer som saknar inkomst av tjänst, personer som redan omfattas av sjukförsäkring eller personer som avser att varaktigt bo utomlands (mer än ett år) utan att vara utsänd av svensk juridisk person (arbetsgivare).

PREMIETRAPPA* (om inget alternativ anges registreras förmånsgruppen utan premietrappa)

- Marknadsmässig avsättning (från 25 års ålder - 6,5% av månadslön upp till 7,5 ibb, 32% av månadslön över 7,5 ibb)
- ITP 1 (avsättning från 25 års ålder - 4,5 % av månadslön upp till 7,5 ibb, 30 % av månadslön över 7,5 ibb.)
- Annan (OBS! glöm ej att fylla i och bifoga blanketten "Premietrappa")

* Premietrappa används för att beräkna ålderspensionspremie som en procentsats av lönen. I premietrappan anges olika procentsatser för olika löne- och åldersintervall.

FONDFÖRDELNING*

Autopension är vår entrélösning vilket innebär att det är där de anställdas pengar investeras. Autopension är framtagna för att passa ett långsiktigt pensionssparande, men de anställda kan själva välja att byta om de vill. Om du vill välja en annan entrélösning kan du göra det nedan. Läs mer om Autopension på avanza.se

Notera att om du frångår Avanzas entrélösning så kan vi inte längre göra någon bedömning om dess lämplighet.

A. Egna fonder:

FONDBOLAG	FOND	PROCENT
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. Likvida medel

* Undertecknad ger Avanza i uppdrag att månadsvis för de anställdas räkning placera inbetald premie enligt placeringsplanen ovan för disponibelt belopp på de anställdas depåer. Om handel i vald fond inte är möjligt placeras beloppet i likvida medel. Görs inget val placeras inbetald premie enligt vid var tid gällande entrélösning. För information om aktuell entrélösning gå in på avanza.se.

Signeras:

FORTSÄTTNING PÅ NÄSTA SIDA

4 KOSTNADSSTÄLLE

Namn på kostnadsställe (möjlighet att namnge kostnadsställe)

FAKTURAADDRESS (om annan än företagets utdelningsadress)

Namn	Attention	
Utdelningsadress	Postnr	Ort

OBS! Vill du ange fler kostnadsställen vänligen använd blankett "Kostnadsställe".

5 SKÖTSELFULLMAKT

HÄR MED BEFULLMÄKTIGAS

Försäkringsförmedlarföretag	Förmedlarföretagets org.nr/personnr
Ansvarig försäkringsförmedlare	Förmedlarkod hos Avanza
Förmedlarens mejladress	
Assistent namn	Assistent kod
Assistent mejladress	

eller den som denne skriftligen sätter i sitt ställe,

att inhämta information om och företräda företaget avseende nuvarande och framtida försäkringar i Avanza Pension (skötselfullmakt). Fullmakten ger bland annat rätt att inhämta all information som företaget själv har rätt att få del av. Skötselfullmakten gäller så länge försäkringsförmedlarens skötseluppdrag består eller tills dess den skriftligen återkallas. Fullmakten upphäver tidigare utfärdade skötselfullmakter.

- Fullmakten gäller för samtliga anställda.
- Fullmakten gäller för samtliga anställda med undantag för i bilaga angivna personer
- Fullmakten gäller endast för i bilaga angivna personer.

Signeras:

FORTSÄTTNING PÅ NÄSTA SIDA

BILAGA

Bilaga till Skötselfullmakt

Bilagan används om lämnad fullmakt inte ska omfatta samtliga individer på företaget.

Fullständigt företagsnamn	Org.nr eller personnr
---------------------------	-----------------------

Fullmakten gäller med undantag för nedan angivna personer

Fullmakten gäller endast för nedan angivna personer

Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr
Namn	Personnr

6 FÖRSÄKRINGSTAGARES/FÖRETAGETS UNDERSKRIFT

Undertecknad ansöker härmed om försäkringar i enlighet med vad som beskrivs i detta planavtal.

Ansökande arbetsgivare har tagit del av och accepterat:

- Avanza Pensions Fököpsinformation avseende tjänstepension, Försäkringsvillkor avseende tjänstepension, Regler och priser avseende tjänstepension, Handels- och depåbestämmelser avseende försäkring,
- Avanzas information om egenskaper och risker avseende finansiella instrument, Villkor för Handels- och depå-/kontoavtal och Riktlinjer för utförande av order,
- Euro Accidents Fököpsinformation avseende Premiebefrielseförsäkring och PlanSjuk, Försäkringsvillkor avseende Premiebefrielseförsäkring och PlanSjuk,
- Att Depåförvaltaren och Försäkringsgivaren tillhandahåller information via e-post till angiven e-postadress.
- Villkor om användare av Avanzas Företagswebb.
- Att informera de anställda som omfattas av tjänstepensionsplanen om att arbetsgivaren bedömt placeringen av premierna som lämplig samt att informera de anställda om att arbetsgivaren har bedömt att de anställda har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att handla okomplicerade instrument.

Ort och datum

Firmatecknare och namnförtydligande

UNDERSKRIFT VID FLER ÄN EN FIRMATECKNARE

Ort och datum

Firmatecknare och namnförtydligande

Ansökan tillsammans med Personalrapport ska sändas till: Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension, Box 13129, 103 03 Stockholm

IFYLLES AV AVANZA PENSION

IFYLLES AV FÖRETAGSANSVARIG PÅ AVANZA

Ort och datum

Namnunderskrift och namnförtydligande

KONTROLL ENLIGT LAGEN OM ÅTGÄRD MOT PENNINGTVÄTT OCH FINANSIERING AV TERRORISM

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 av företrädare för företaget

Kontrollen görs genom uppvisande av identitetshandling. Både personnummer och ID-handlingens nummer.

Personnummer:

Körkort

SIS-märkt ID-kort

EU-pass

Nationellt/SKV:s ID-kort

Nummer:

Ort och datum

Namnunderskrift och namnförtydligande (Säljare Avanza Pension)

Ort och datum

Namnunderskrift och namnförtydligande (Handläggare Avanza Pension)

FORTSÄTTNING PÅ NÄSTA SIDA

Kundkännedom Juridisk person tjänstepension

Depånummer ifylles av Avanza:

Penningtvättslagen kräver att alla finansiella institut ska ha tillräckligt bra kännedom om sina kunder för att minimera risken för penningtvätt och terrorismfinansiering.

Det betyder att vi behöver ha god kunskap 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 Vilken bolagsform har företaget?

Vänligen välj ett alternativ.

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aktiebolag | <input type="checkbox"/> Stiftelse | <input type="checkbox"/> Börsbolag i Sverige |
| <input type="checkbox"/> Handelsbolag/Kommanditbolag | <input type="checkbox"/> Förening | <small>(avser bolag noterade på Small, Medium och Large Cap på NOMX-S samt NGM Equity.)</small> |
| <input type="checkbox"/> Stat/Kommun/Landsting | <input type="checkbox"/> Förbund | |

2 I vilken bransch verkar företaget?

Vänligen välj ett alternativ.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bygg/Anläggning/Infrastruktur | <input type="checkbox"/> Hotell/Restaurang/Turism | <input type="checkbox"/> Marknad/Reklam |
| <input type="checkbox"/> Data/Teknik/IT | <input type="checkbox"/> HR/Personal | <input type="checkbox"/> Sjukvård/Hälsa |
| <input type="checkbox"/> Drift/Underhåll | <input type="checkbox"/> Import/Export/Handel | <input type="checkbox"/> Skribent/Publishing |
| <input type="checkbox"/> Ekonomi/Finans | <input type="checkbox"/> Juridik | <input type="checkbox"/> Säkerhet/Räddningstjänst |
| <input type="checkbox"/> Fastigheter | <input type="checkbox"/> Kundsupport/Service | <input type="checkbox"/> Teologi/Psykologi/Filosofi |
| <input type="checkbox"/> Finansiell verksamhet | <input type="checkbox"/> Lantbruk/Skogsbruk | <input type="checkbox"/> Tillverkning/Produktion |
| <input type="checkbox"/> Forskning/R&D/Vetenskap | <input type="checkbox"/> Ledning/Management | <input type="checkbox"/> Utbildning |
| <input type="checkbox"/> Försäljning/Affärsutveckling | <input type="checkbox"/> Logistik/Transport | |

3 I vilket land har företaget sin skattehemvist?

Land

4 Är företaget ett finansiellt institut?

Är du osäker på om ditt företag är ett finansiellt institut, läs information på nästa sida.

- Ja Nej

5 Är företaget aktivt eller passivt?

Är du osäker på om ditt företag är aktivt eller passivt, läs information längre ner på sidan.

- Aktivt Passivt

6 Hur många anställda har företaget?

- 0 51 - 99
 1 - 9 Över 100
 10 - 50

7 Hur stor är nettoomsättningen?

- Nystartad verksamhet Mellan 3 och 40 miljoner
 Mindre än 3 miljoner Över 40 miljoner

8 Vad kommer företagets pengar och/eller värdepapper från?

Flera alternativ kan väljas.

- Vinst från den egna verksamheten Medlemsavgifter
 Företagsförsäljning Donationer
 Aktiekapital Anslag
 Tidigare placeringar/investeringar

9 Har företaget en revisor?

- Ja Nej

Vad är ett finansiellt institut?

Till finansiella institut räknas företag som tar emot insättningar, förvaringsinstitut, investeringsföretag och vissa försäkringsföretag. Vidare omfattas även företag som bedriver följande verksamhet för kunders räkning, eller som förvaltas av ett annat företag som bedriver följande verksamhet för kunders räkning:

- handel med finansiella instrument
- individuell och kollektiv portföljförvaltning, eller
- annan verksamhet som innebär att pengar eller andra medel investeras, administreras eller förvaltas

Vad är ett aktivt företag?

Ett företag definieras som aktivt om minst 50 procent av företagets intäkter kommer från rörelse, till exempel försäljning av varor och tjänster.

- Andra exempel på aktiva företag är:
- uppstartsbolag (de två första åren)
 - stiftelser och ideella föreningar som inte är skattskyldiga

Vad är ett passivt företag?

Ett företag som inte är aktivt enligt ovan beskrivning anses som passivt. I ett passivt företag kommer ofta minst 50 procent av intäkterna från räntor, utdelningar och avkastning på investeringar.

Om du är osäker på vad företaget klassas som kan du läsa mer på Skatteverkets hemsida.

Ägarstruktur

Här behöver vi veta mer om företagets ägarstruktur och vem eller vilka som har den yttersta kontrollen i företaget, en så kallad verklig huvudman. Kom ihåg att motsvarande information även behöver fyllas i hos Bolagsverket.

10 Finns det någon eller några som kontrollerar mer än 25 % av rösterna i företaget?

Besvaras ej om börsbolag, stiftelse, förening eller förbund.

Om börsbolag, fortsätt till fråga 16. Om stiftelse, förening eller förbund, fortsätt till fråga 12.

Om två eller flera närstående (t ex registrerad partner, make/maka, barn) var för sig kontrollerar mindre än 25 % av rösterna, men tillsammans mer än 25 %, ska dessa ägare anges var för sig.

Om en ensam ägare kontrollerar mer än 25 % av rösterna i bolaget och denne har närstående som också kontrollerar röster i bolaget ska dessa närstående anges som ägare oavsett röstandel.

Ja Nej Om Nej, fortsätt till fråga 11.

Ägare 1

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn	
Personnummer/Organisationsnummer(ifylles om svenskt)	Utländskt organisationsnummer
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)	
Skatterättslig hemvist (ifylles ej om svenskt företag)	

Ifylles endast om TIN/Utländskt organisationsnummer

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum (ifylles endast om privatperson)	

Ägare 2

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		
Personnummer/Organisationsnummer (ifylles om svenskt)		Utländskt organisationsnummer
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)		
Skatterättslig hemvist (ifylles ej om svenskt företag)		

Ifylles endast om TIN/Utländskt organisationsnummer

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum (ifylles endast om privatperson)	

Ägare 3

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn		
Personnummer/Organisationsnummer (ifylles om svenskt)		Utländskt organisationsnummer
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)	
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)		
Skatterättslig hemvist (ifylles ej om svenskt företag)		

Ifylles endast om TIN/Utländskt organisationsnummer

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum (ifylles endast om privatperson)	

Om någon av ovanstående delägare är en juridisk person, vänligen ange om det finns någon eller några som kontrollerar mer än 25 % av rösterna i det ägande företaget. Fyll i på nästa sida.

Ägare 4

Namn (förnamn, efternamn)/Företagsnamn	
Personnummer/Organisationsnummer (ifylles om svenskt)	Utländskt organisationsnummer
Röstandel i %	Medborgarskap (ifylles ej om företag)
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)	
Skatterättslig hemvist (ifylles ej om svenskt företag)	

Ifylles endast om TIN/Utländskt organisationsnummer

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum (ifylles endast om privatperson)	

Om ovanstående delägare är en juridisk person, vänligen ange om det finns någon eller några som kontrollerar mer än 25 % av rösterna i det ägande företaget. Om rutorna inte räcker till, redovisa ägandet enligt fälten ovan i separat dokument.

11

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

Till exempel en vd, styrelseordförande eller motsvarande befattningshavare.

Alternativ verklig huvudman

Namn (förnamn, efternamn)	Personnummer (ifylles om svenskt)
Röstandel i %	Medborgarskap
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)	
Skatterättslig hemvist	

Ifylles endast om TIN

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum	

12 Har stiftelsen, föreningen eller förbundet en verklig huvudman?

Om ej stiftelse, förening eller förbund, fortsätt till fråga 14.

Ja Nej Om Nej, fortsätt till fråga 13.

Verklig huvudman 1

Namn (förnamn, efternamn)		Personnummer (ifylles om svenskt)
Röstandel i %	Medborgarskap	
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)		
Skatterättslig hemvist		

Ifylles endast om TIN

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum	

Verklig huvudman 2

Namn (förnamn, efternamn)		Personnummer (ifylles om svenskt)
Röstandel i %	Medborgarskap	
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)		
Skatterättslig hemvist		

Ifylles endast om TIN

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum	

Verklig huvudman 3

Namn (förnamn, efternamn)		Personnummer (ifylles om svenskt)
Röstandel i %	Medborgarskap	
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)		
Skatterättslig hemvist		

Ifylles endast om TIN

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum	

Om rutorna inte räcker till, redovisa ägandet enligt fälten ovan i separat dokument.

13

Finns det någon som på annat sätt kan anses vara verklig huvudman för stiftelsen, föreningen eller förbundet?

Till exempel en vd, styrelseordförande eller motsvarande befattningshavare.

Alternativ verklig huvudman

Namn (förnamn, efternamn)		Personnummer (ifylles om svenskt)
Röstandel i %	Medborgarskap	
TIN (ifylles om skatterättslig hemvist i annat land än Sverige eller om ej svenskt personnummer)		
Skatterättslig hemvist		

Ifylles endast om TIN

Gatuadress	Postnummer	Postort
Land	Födelsedatum	

14 Har någon av ovanstående personer ett yrke som gör att denne är i politiskt utsatt ställning (PEP)?

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

15 Är någon av ovanstående personer anhörig 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)

16 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: 08-409 42 000.



Viktig information

Hej! Du behöver skicka oss en kopia av en giltig svensk ID-handling för att vi ska kunna gå vidare med ditt ärende.

Vilka är godkända ID-handlingar?

- Svenskt körkort som utfärdats av Transportstyrelsen
- Svenskt EU-pass som utfärdats av polisen
- Svenskt Nationellt ID-kort som utfärdats av polisen
- Skatteverkets Identitetskort

Hur ska kopian se ut?

- Fotografi av ditt ansikte, personuppgifter, giltighetsdatum samt signatur måste synas tydligt på kopian.
- Om ID-kort: Visa både fram- och baksidan.
- Om pass: Visa båda uppslagen. Se exempel på passkopia nedan.



Ej godkända ID-handlingar kommer att returneras. Om du har några frågor eller funderingar hjälper vi gärna till på 08-409 420 00.

Vänliga hälsningar,
Avanza

