

Uppgifter om avtalet	
Försäkringstagare (nuvarande ägare)	Avtalsnummer -
Försäkringstagarens personbeteckning eller FO-nummer	
Den försäkrade/De försäkrade i pensionsgruppen (använd vid behov punkten Ytterligare information)	Den försäkrades personbeteckning
Försäkringstagarens gatuadress	Postnummer och -kontor
Försäkringstagarens e-postadress	Försäkringstagarens telefonnummer
Uppgifter om den nya ägaren	
Försäkringstagare (ny ägare)	Försäkringstagarens personbeteckning eller FO-nummer
Försäkringstagarens gatuadress	Postnummer och -kontor
Försäkringstagarens e-postadress	Försäkringstagarens telefonnummer
Bakgrundsuppgifter om den nya ägaren	
Endast privatpersoner fyller i:	
Innehar ni ett betydande offentligt uppdrag i en annan stat (person i politiskt utsatt ställning)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Mandatum Life är förpliktat att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____	
Endast sammanslutningar fyller i:	
Har er sammanslutning verksamhetsställe eller adress i Förenta staterna? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Skattenummer i Förenta staterna: _____	
Har er sammanslutning verkliga förmånstagare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Aktör(er) som innehar mer än 25 % av det röstetal som aktierna eller andelarna medför och detta röstetal grundar sig på ägande, avtal, bolagsordningen e.d. eller rätt att utnämna eller avskeda majoriteten av ledamöterna i sammanslutningens styrelse eller i därmed jämförbara organ)	
Verkliga förmånstagarnas uppgifter	1. Namn och personbeteckning _____ Har den verkliga förmånstagaren betydande offentliga uppdrag i en annan stat (person i politiskt utsatt ställning)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mandatum Life är förpliktat att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för den verkliga förmånstagarens del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna

	<input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Skattenummer i Förenta staterna: _____
	2. Namn och personbeteckning _____ Har den verkliga förmånstagaren betydande offentliga uppdrag i en annan stat (person i politiskt utsatt ställning)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mandatum Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för den verkliga förmånstagarens del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls: <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Skattenummer i Förenta staterna: _____
	3. Namn och personbeteckning _____ Har den verkliga förmånstagaren betydande offentliga uppdrag i en annan stat (person i politiskt utsatt ställning)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mandatum Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för den verkliga förmånstagarens del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls: <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Skattenummer i Förenta staterna: _____
Nytt förmånstagarförordnande (den nya ägaren uppger)	
Livförsäkring	<input type="checkbox"/> de anhöriga <input type="checkbox"/> namngiven person (namn och personbeteckning): <input type="checkbox"/> ingen ändring
Besparingar	<input type="checkbox"/> den försäkrade <input type="checkbox"/> namngiven person (namn och personbeteckning): <input type="checkbox"/> ingen ändring
Övriga försäkringsskydd	
Ytterligare information	
	Datum för överföring av äganderätten i gruppensförsäkringen:

Den försäkrades underskrift		
Ort och datum	Jag ger mitt samtycke till överföringen av äganderätten till mitt avtal.	
	Den försäkrades underskrift	
	Namnförtydligande	
Den nuvarande ägarens/försäkringstagarens underskrift		
Ort och datum	Den nuvarande ägarens/försäkringstagarens underskrift	
	Namnförtydligande	
Den nya ägarens/försäkringstagarens underskrift		
Ort och datum	Jag/Vi intygar att de uppgifter som jag/vi lämnat är korrekta.	
	Den nya ägarens/försäkringstagarens underskrift	
	Namnförtydligande	
	För företagets del ska blanketten undertecknas av den person/de personer som har rätt att teckna firma.	
Mandatum Lifes kontaktperson	Namn	Telefonnummer

Identifiering	
Sammanslutningen har identifierats <input type="checkbox"/> Handelsregisterutdrag <input type="checkbox"/> Stiftelseutdrag <input type="checkbox"/> Annat registerutdrag _____	
Privatkunderna och den (de) som handlar för sammanslutningens räkning har identifierats:	
1. Namn och personbeteckning: _____ <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Identitetskort <input type="checkbox"/> Elektronisk autentisering <input type="checkbox"/> Kopia av identifikationshandlingen eller <input type="checkbox"/> Identifikationshandlingens utfärdare _____ och nummer _____	2. Namn och personbeteckning: _____ <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Identitetskort <input type="checkbox"/> Elektronisk autentisering <input type="checkbox"/> Kopia av identifikationshandlingen eller <input type="checkbox"/> Identifikationshandlingens utfärdare _____ och nummer _____

Svarsadress:

 Mandatum Livförsäkringsaktiebolag, Kundpost / 2011,
 Kalevavägen 3, 20520 Åbo

Mandatum Lifes kundtjänst

Tfn 0200 31120 (Ina/msa)

ANVISNING**Fyll i uppgifterna om avtalet**

- Avtalsnumret finns på avtalsdokumentet och i Mandatum Lifes Webbtjänst på adressen www.mandatumlife.fi. Logga in på tjänsten med dina personliga bankkoder.
 - Skriv in den nuvarande avtalsägarens namn, fullständiga personbeteckning eller FO-nummer, om de inte redan fyllts i på förhand.
 - Skriv in den försäkrades namn och fullständiga personbeteckning.
 - I fråga om en gruppensionsförsäkring, skriv in pensionsgruppen och de försäkrades namn. Använd vid behov fältet Ytterligare information.
 - Skriv in den nya avtalsägarens namn, fullständiga personbeteckning eller FO-nummer och telefonnummer, om de inte redan fyllts i på förhand.
1. Den nya ägaren ger ett nytt förmånstagarförordnande för försäkringen. Det nya förmånstagarförordnandet antecknas i det fält som reserverats för detta för samtliga giltiga försäkringsskydd. Endast de förmånstagarförordnanden som antecknats ändras i enlighet med anmälan. Förmånstagarförordnanden för övriga försäkringsskydd ändras inte.

Om du t.ex. vill att de anhöriga står som förmånstagare till livförsäkringen, kryssa för (x) punkten de anhöriga. Om du vill att en namngiven person eller flera personer står som förmånstagare, kryssa för (x) punkten namngiven person och skriv in förmånstagarens/förmånstagarnas namn och fullständiga personbeteckning.

- På basis av förmånstagarförordnandet "De anhöriga" utbetalas hälften av ersättningen till maken eller maken och den andra hälften delas jämnt mellan bröstarvingarna. Med bröstarvingar avses den försäkrades barn. I stället för en avliden bröstarvinge inträder dennes avkomlingar i enlighet med ärvdabalken.
 - Om den försäkrade inte har en make eller maka vid tidpunkten för försäkringsfallet, utbetalas hela ersättningen till bröstarvingarna.
 - Ersättningen betalas på motsvarande sätt i sin helhet ut till maken eller maken, om inga bröstarvingar eller deras avkomlingar längre är vid liv.
 - Övriga arvingar kan få ersättningen endast i det fallet att den försäkrade inte har någon make eller maka eller några bröstarvingar.
 - Sambo jämställs inte med make eller maka. Om du vill att din sambo ska stå som förmånstagare, kryssa för (x) punkten namngiven person och skriv in din sambos fullständiga namn och personbeteckning.
 - Om det finns flera namngivna förmånstagare, delas ersättningen jämnt mellan dem. Om någon av förmånstagarna avlider före den försäkrade, kvarstår förordnandet i kraft för de övriga förmånstagarnas del. Ersättningen betalas ut till de förmånstagare som är vid liv också till den del som den skulle ha betalats ut till den förmånstagare som avlidit tidigare.
 - Om du inte vill att ersättningen delas jämnt mellan de namngivna förmånstagarna, ska du uppge förmånstagarnas andelar i procent. T.ex. 75 % Maija Virtanen (personbeteckning) och 25 % Pekka Lehtinen (personbeteckning). Om någon av förmånstagarna avlider före den försäkrade, betalas hans eller hennes andel ut till dödsboet.
2. Försäkringens nya ägare undertecknar det nya förmånstagarförordnandet. Överföringen är giltig först efter att den skriftligen har delgetts försäkringsbolaget.