

Insynsfullmakt för försäkringsdepå

Denna fullmakt ska i original förvaras hos Garantum Fondkommission AB, nedan kallat Bolaget.



Depånummer

Försäkringsnummer

Ankom (ifylles av Garantum)

**FULL-
MAKTS-
GIVARE**

FULLMAKTSGIVARE/DEPÅINNEHAVARE | FÖRSÄKRINGSBOLAGET

Firma (fullständigt namn)

Organisationsnummer

HÄRMED GER VI NEDAN ANGIVET OMBUD FULLMAKT ATT FÖR VÅR RÄKNING*)
Erhålla uppgift om vår kontoställning och vårt depåinnehav hos Bolaget.

**UNDER-
SKRIFT**

FULLMAKTSGIVARE/DEPÅINNEHAVARE | FÖRSÄKRINGSBOLAGET

Datum

Fullmaktsgivarens | depåinnehavarens underskrift

Namnförtydligande

OMBUD

Namn (efternamn, tilltalsnamn) | Firma (fullständigt namn)

Person- | organisationsnummer

Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)

E-post

Postnummer

Ort

Land (utom Sverige)

Telefon dagtid (även riktnummer)

Telefon kvällstid

Telefax

Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget.
Fullmakten gäller tills den av oss skriftligen återkallas hos Bolaget, se nedan.
Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig. Ombud får inte sätta annan i sitt ställe.
Om firma angivits som ombud åligger det ombudet att tillse att Bolaget skriftligen hålls uppdaterad avseende förteckning av behöriga firmatecknare.

**UNDER-
SKRIFT**

OMBUD

Datum

Ombudets underskrift

Namnförtydligande

**UNDER-
SKRIFT**

FÖRSÄKRINGSTAGARE/FÖRSÄKRINGSTAGARNA

Datum

Försäkringstagares/försäkringstagarnas underskrift

Namnförtydligande

**ÅTERKAL-
LANDE AV
FULLMAKT**

Datum

Fullmaktsgivarens | depåinnehavarens underskrift

Namnförtydligande