

Depånummer

Ankom (ifylles av Garantum)

**FULL-
MAKTS-
GIVARE
DEPÅINNE-
HAVARE**

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

Danica Pension Försäkringsaktiebolag

Person-/Organisationsnummer

516401-6643

HÄRMED GER JAG/VI NEDAN ANGIVET OMBUD FULLMAKT ATT FÖR MIN/VÅR RÄKNING*

A. Erhålla uppgift om min/vår kontoställning och mitt/vårt depåinnehav hos Bolaget;

B. Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper och andra rättigheter (såsom aktieoptioner, aktiefondsoptioner och andelar i aktiefonder);

Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget.

Fullmakten gäller tills den av mig/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.

*) Fullmakten kan endast inskränkas i vad avser rätten till uttag hos Bolaget. För sådan inskränkning skall punkten C strykas.

**UNDER-
SKRIFT**
FULLMAKTSGIVARE

Ort, datum

Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift

Namnförtydligande

**FULL-
MAKTS-
TAGARE/
OMBUD**

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

Person-/organisationsnummer

Ombudet representeras av den anställda

Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)

E-post

Postnummer

Ort

Land (utom Sverige)

Telefon dagtid (även riktnummer)

Telefon kvällstid

Telefax

OBS! Bifoga vidimerad ID-kopia

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.

Om ombudet är en juridisk person kan ombudet utse annan anställd än ovan nämnd. Ombudet får inte sätta annan i sitt ställe. Om firma angivits som ombud åligger det ombudet att tillse att Garantum Fondkommission skriftligen hålls uppdaterad avseende förteckning av behöriga firmatecknare.

**UNDER-
SKRIFT**
OMBUD

Ort, datum

Ombudets underskrift

Namnförtydligande

**ÅTERKAL-
LANDE AV
FULLMAKT**

Ort, datum

Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift

Namnförtydligande

Ankom (ifylles av Garantum)

--	--	--	--

Fullmakten omfattar även tidigare genomförda affärer. Tidigare given fullmakt till annan rådgivare återkallas. (Om inte detta val kryssas för har tidigare rådgivare fortfarande insyn i tidigare affärer).

Depånummer

--	--	--	--

Ev. Försäkringsbolag och Försäkringsnummer

--	--

Rådgivningsavgift/år (debiteras kvartalsvis)

--

Fylls i om fullmakten endast avser en specifik depå- i annat fall gäller denna fullmakt samtliga våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget.

OBS - Om fullmakten avser insyn på depå måste försäkringsbolaget skriva under fullmakten.

OBS - Vid rådgivningsavgift måste depånummer vara ifyllt till vänster. Denna avgift debiteras separat ifrån ev. försäkringskostnader och liknande. Avgiften inkluderar eventuell moms. **Saknas likvida medel på depån vid förfallotidpunkten kommer innehav att säljas, i enlighet med var tid gällande rutin, för att betala avgiften.**

FULL-MAKTS-GIVARE	FULLMAKTSGIVARE/DEPÅINNEHAVARE (ifylles av depåinnehavare (vid försäkring försäkringsbolaget))		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)</td> <td style="width: 40%;">Person-/organisationsnummer</td> </tr> </table>	Namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Person-/organisationsnummer
Namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Person-/organisationsnummer		

HÄRMED GER VI NEDAN ANGIVET OMBUD FULLMAKT ATT FÖR VÅR RÄKNING ERHÅLLA UPPGIFT OM VÅR KONTOSTÄLLNING OCH VÅRT DEPÅINNEHAV HOS BOLAGET SAMT, I FÖREKOMMANDE FALL, ERHÅLLA RÅDGIVNINGSAVGIFT.

UNDER-SKRIFT	Ifylles av depåinnehavare eller försäkringstagare			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Datum</td> <td style="width: 45%;">Depåinnehavaren/försäkringstagarens underskrift</td> <td style="width: 30%;">Namnförtydligande</td> </tr> </table>	Datum	Depåinnehavaren/försäkringstagarens underskrift	Namnförtydligande
Datum	Depåinnehavaren/försäkringstagarens underskrift	Namnförtydligande		

Ifylles av försäkringsbolag i förekommande fall

Datum	Försäkringsbolagets underskrift	Namnförtydligande
-------	---------------------------------	-------------------

FULL-MAKTS-TAGARE/ OMBUD	Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma (fullständigt namn)	Person-/organisationsnummer
	Ombudet representeras av den anställda	
	Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)	E-post
	Postnummer	Ort
	Land (utom Sverige)	
	Telefon dagtid (även riktnummer)	Telefon kvällstid
	Telefax	

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. Om ombudet är en juridisk person kan ombudet utse annan anställd än ovan nämnd. Ombudet får inte sätta annan i sitt ställe. Om firma angivits som ombud åligger det ombudet att tillse att Garantum Fondkommission skriftligen hålls uppdaterad avseende förteckning av behöriga firmatecknare.

UNDER-SKRIFT	OMBUD			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Datum</td> <td style="width: 45%;">Ombudets underskrift</td> <td style="width: 30%;">Namnförtydligande</td> </tr> </table>	Datum	Ombudets underskrift	Namnförtydligande
Datum	Ombudets underskrift	Namnförtydligande		

ÅTERKALLANDE AV FULLMAKT	Datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande