

Förvaltarfullmakt för försäkringsdepå



- Bifoga kopia av giltig legitimation för samtliga undertecknare.
- Denna fullmakt gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallats hos Bolaget.

		Försäkringsnr	
		Depå-/kontonummer	
Fullmaktsgivare	Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org.nr/Samordningsnr	
Ombud (Ombud har inte rätt att sätta annan i sitt ställe)	Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org.nr/Samordningsnr	
	Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
	Postnummer	Ort	Medborgarskap (utom svenskt)
	Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org.nr/Samordningsnr	
	Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
	Postnummer	Ort	Medborgarskap (utom svenskt)

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är en juridisk person skall blanketten "Verklig huvudman" bifogas.
För juridisk person som ej är registrerad i Sverige skall även registreringsbevis ej äldre än tre månader bifogas.

Fullmaktens omfattning

Det är inte tillåtet att stryka eller lägga till behörigheter i denna fullmakt.

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning.

1. Erhålla uppgift om min/vår kontoställning och mitt/vårt depåinnehav hos Nordnet Bank AB, Bolaget;
2. Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper och andra rättigheter (såsom t.ex. andelar i fonder);
3. Begära uttag från kapitalförsäkring till mitt/vårt konto/depå enligt föranmälan av konto hos Nordnet Bank AB eller till mitt/vårt konto/depå hos Nordnet Bank AB eller av mig innehavd försäkring hos Nordnet Pensionsförsäkring AB.

4. Erhålla, lämna och löpande uppdatera sådana uppgifter om mig som Bolaget från tid till annan kräver för att uppnå kundkännedom enligt tillämpliga regler.

Denna fullmakt gäller för ovan angivet depå-/kontonummer. Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort	Fullmaktsgivarens namnunderskrift
	Datum	Namnförtydligande
Ombuds underskrifter	Ort	Ombuds namnunderskrift
	Datum	Namnförtydligande
	Ort	Ombuds namnunderskrift
	Datum	Namnförtydligande
Bolagets noteringar	Inlämnad av: <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivaren <input type="checkbox"/> Ombudet	Datum Signatur
	ID-handling bifogad <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> ID-kort <input type="checkbox"/> Annan	Granskad och godkänd av, datum
	<input type="checkbox"/> Återkallad (Om fullmakten återlämnas skall Bolaget behålla en kopia)	Datum Signatur

Har du frågor kring hur du ska fylla i blanketten, ring 010 583 30 00 så hjälper vi dig!

Nordnet Pensionsförsäkring AB Box 30068 SE-104 25 Stockholm Tel: 010 583 30 00 Fax: 010 583 30 67
E-mail: pension@nordnet.se www.nordnet.se Org. nr. 516406-0286 Innehar F-skattsedel Styrelsens säte: Stockholm