Fullmakt

GARANTUM

Depånummer	**Försäkringsnummer**	**Ankom** (ifylles av Garantum)

Fullmaktsgivare depåinnehavare (Försäkringsbolaget)

Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma (fullständigt namn)	Person-/Organisationsnummer

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);
C. Träffa avtal om portföljförvaltning

Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande depåer.
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.

Underskrift

FULLMAKTSGIVARE

Ort, datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande

Fullmaktstagare/ombud

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

OBS! Bifoga vidimerad ID-kopia samt blanketten "PEP - person i politisk utsatt ställning" för fullmaktstagare.

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.

Underskrift

OMBUD

Ort, datum	Ombudets underskrift	Namnförtydligande

Underskrift

FÖRSÄKRINGSTAGARE (OM ANNAT ÄN OMBUD)

Ort, datum	Försäkringstagarens underskrift	Namnförtydligande

Återkallande av fullmakt

Ort, datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande

150530 EB