

# FÖRVALTARFULLMAKT FÖRSÄKRING

Avser försäkring hos Försäkringsaktiebolaget Avanza Pension med depå hos Avanza Bank AB (Avanza). Denna fullmakt fyller du i och skickar in för att ge annan part rätt att disponera och hämta information om de depåer som anges under punkt 2 och eventuellt anslutet Likvidkonto med kredit hos Avanza. Fullmakten kan användas för följande depåer: **Kapitalförsäkring, Tjänstepension, Pensionsförsäkring och Kapitalpension.** Vad denna rätt innefattar anges nedan.

## 1 FÖRSÄKRINGSTAGARE/FÖRSÄKRAD/FÖRMÅNSTAGARE (Fullmaktsgivare)

Om kontoinnehavaren är minderårig är det den minderåriges uppgifter som ska fyllas i, och signeras av förmyndare. Endast en kontoinnehavare per blankett.

Namn (tilltalsnamn, efternamn)/Firma	Personnr/Org.nr
--------------------------------------	-----------------

## 2 DEPÅ

Ange de depåer som fullmakten ska gälla för. Är det fler än fyra depåer krävs ytterligare en blankett. Observera att fullmakten endast kan användas för följande depåer: **Kapitalförsäkring, Tjänstepension, Pensionsförsäkring och Kapitalpension.**

Depånummer hos Avanza:	Depånummer hos Avanza:	Depånummer hos Avanza:	Depånummer hos Avanza:
------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

## 3 OMBUD (Fullmaktshavare) (Ombud får inte sätta annan i sitt ställe)



**Observera att ombudet måste vara kund hos Avanza för att fullmakten ska godkännas och kunna användas.** När fullmakten är godkänd kopplar Avanza ovan angivna depåer till ombudets inloggning.

Namn (tilltalsnamn, efternamn)	Personnr
--------------------------------	----------

## 4 OMBUDETS UNDERSKRIFT

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

Fullmakten gäller för ovan angivna depåer och i tillämpliga fall anslutet Likvidkonto med kredit.

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

Härmed ger jag/vi ovan angivet ombud fullmakt att för min/vår räkning:

- A** Erhålla uppgift om depåinnehav för depå tillhörande min/vår försäkring hos Avanza Pension inklusive uppgift om likvida medel;
- B** Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper och andra rättigheter samt förfoga över de likvida medel som finns på depån.;
- C** Utkvittra lösenord. Lösenordet skickas till kontoinnehavarens folkbokföringsadress.



Fullmakten omfattar inte ändring av villkor, utbetalningsplan eller återköp/delåterköp av försäkring.

## 5 FÖRSÄKRINGSTAGARES/FÖRSÄKRADS/FÖRMÅNSTAGARES UNDERSKRIFT (Fullmaktsgivare)

Denna fullmakt gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Avanza.

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

UNDERSKRIFT VID FLER ÄN EN FÖRMYNDARE ELLER FIRMATECKNARE.

Ort och datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
---------------	-----------------	-------------------

## 6 BEVITTNING

**Obligatorisk uppgift!** Kontoinnehavarens namnteckning/ar bevitnas av två personer.

Namnunderskrift	Namnunderskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Personnummer	Personnummer
Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon dagtid (även riktnr)