

ÖPPNANDE AV DANICA DEPÅ I AKTIEINVEST FK AB

- KAPITALFÖRSÄKRING
- PENSIONSÖRSÄKRING
- TJÄNSTEPENSION

KUND

Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma Danica Pension Försäkringsaktiebolag	Personnummer / Org. Nr 516401-6643
Postadress (gata, box el. motsvarande) Box 7523	Postnr och ort 103 92 Stockholm

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma	Personnummer / Org.nr.
Postadress (gata, box el. motsvarande)	Försäkringsnummer
Postnr och ort	E-post adress
Land	Telefon dag (inkl. riktnr.)

FÖRSÄKRAD

Namn (efternamn, tilltalsnamn)	Personnummer
Postadress (gata, box el. motsvarande)	Försäkringsnummer
Postnr och ort	E-post adress
Land	Telefon dag (inkl. riktnr.)

FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARE

Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma	Org. Nr	Försäkrings-id.
Postadress (gata, box el. motsvarande)	Postnr och ort	
E-post adress	Telefon dag (inkl. riktnr.)	

FULLMAKT

Fullmaktshavare:

- Försäkringsförmedlaren (Max Matthiessen AB) / Försäkringsrådgivaren (Max Matthiessen AB) samt Försäkringsförvaltaren (Max Matthiessen Värdepapper AB)
- Den försäkrade

Denna fullmakt gäller tills den skriftligen återkallas hos Aktieinvest FK AB. Fullmakten gäller endast för ovan angivna depå. Danica ger försäkringstagaren fullmakt att handla i enlighet med de bestämmelser som gäller för försäkringen.

Härmed ger Danica ovan angiven fullmaktshavare att för Danicas räkning:

1. Erhålla uppgift om min/vår kontoställning och depåinnehav hos depåinstitutet;
2. Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper, likvida medel och andra rättigheter;
3. Påtala eventuella fel eller brister (reklamation) som framgår av avräkningsnota eller kontoutdrag/transaktionssammandrag från depå-/konto, att sådan information uteblivit eller eventuella övriga fel eller brister i utförandet av det uppdrag som lämnats till depåinstitutet. Reklamation skall framställas omgående. Begäran om hävning av ett köp eller säljuppdrag skall framställas uttryckligen och omgående framföras till depåinstitutet. Om reklamation eller begäran om hävning inte lämnas omgående förloras rätten att begära ersättning, häva uppdraget eller kräva andra åtgärder från depåinstitutet eller Danicas sida;
4. Utkvittera lösenord för inloggning via Internet hos depåinstitutet.

Fullmaktshavaren får ej sätta annan i sitt ställe. Fullmaktshavarens befogenheter sträcker sig inte längre än vad som föreskrivs av vid var tid gällande Villkor och allmänna bestämmelser för avtal om depå, konto och handel samt gällande regelverk.

UNDERSKRIFT FÖRSÄKRINGSTAGAREN

Med min underskrift bekräftar jag att jag tagit del av och godkänner Aktieinvests, vid var tid gällande, villkor och allmänna bestämmelser för avtal om depå, konto och handel (Depåavtal) samt Danicas försäkringsvillkor.

Ort och datum
Underskrift försäkringstagaren
Namnförtydligande försäkringstagaren

UNDERSKRIFT DANICA PENSION FÖRSÄKRINGSAKTIEBOLAG AB

Mellan Danica Pension Försäkringsaktiebolag AB och Aktieinvest FK AB träffas härmed detta avtal varigenom Danica öppnar en depå hos Aktieinvest FK AB. Med underskriften nedan bekräftas att Aktieinvests, vid var tid gällande, villkor och allmänna bestämmelser för avtal om depå, konto och handel (Depåavtal) har tagits del av och godkänts.

Ort och datum
Danica Pension Försäkringsaktiebolag AB
Namnförtydligande

SKICKA ANSÖKAN OM DEPÅFÖRSÄKRING SAMT ÖPPNANDE AV DEPÅ TILL:

Danica Pension
"Depåförsäkring"
Box 7523
103 92 Stockholm

Sid 2 av 2