

Byte av depåinstitutt (Futur) Privatpension

Strivo AB
7150 | 18 oktober 2021

Byte av depåinstitut

Försäkringen

Försäkringsnr	Nuvarande depån	Nytt depån	Företagsform <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> K
---------------	-----------------	------------	---

Försäkringstagare

Namn	Personnr/Orgnr	Försäkringsnr
------	----------------	---------------

Försäkrad – om annan än försäkringstagaren

Namn	Personnr
------	----------

Administrationsavgift

Byte av depåinstitut belastas med en administrationsavgift på 1500 kronor.
--

Härmed önskar jag för ovan försäkring byta depåinstitut till

<input type="checkbox"/> Aktieinvest	<input type="checkbox"/> Danske Bank	<input type="checkbox"/> Investerum	<input type="checkbox"/> Nordnet
<input type="checkbox"/> Carnegie	<input type="checkbox"/> Exceed	<input type="checkbox"/> JRS Asset Management	<input type="checkbox"/> Peak Partners
<input type="checkbox"/> Catella	<input type="checkbox"/> Fair Investments	<input type="checkbox"/> Mangold	<input type="checkbox"/> Penser
<input type="checkbox"/> Cerberus	<input type="checkbox"/> Fondab	<input type="checkbox"/> Max Matthiessen	<input type="checkbox"/> SIP Nordic
<input type="checkbox"/> Coeli	<input type="checkbox"/> Garantum	<input type="checkbox"/> Nord Fondkommission	<input checked="" type="checkbox"/> Strukturinvest

Avgifter som ska gälla efter byte av depåinstitut

Investeringsavgift	Administrationsavgift	Fast avgift 360 kr per år
--------------------	-----------------------	------------------------------

Underskrift

Jag bekräftar att jag tagit del av det valda depåinstitutets depåvillkor samt allmänna bestämmelser (undantaget punkterna D: Pant, samt G7: Insättningsgaranti och investerarskydd) och att jag kommer att följa dessa och Futur Pensions vid var tid gällande placeringsreglemente. Försäkringsvillkoren och tidigare gjorda val gäller som tidigare.

Jag godkänner att samtliga tillgångar kommer flyttas från försäkringens nuvarande depå och att den depån avslutas.

Jag ger mitt samtycke till att valt depåinstitut kontaktar mig för vidare information om depåtjänsterna.

Datum	Namnteckning försäkringstagare	Namnförtydligande, försäkringstagare
Datum	Namnteckning, försäkrad (om annan än försäkringstagare)	Namnförtydligande, försäkrad (om annan än försäkringstagare)

Rådgivare/förmedlare

Kod	Telefon	E-post
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

OBS! FÖR ATT BYTET SKA KUNNA GENOMFÖRAS KRÄVS ATT DEPÅFULLMAKT/ÖPPNANDEHANDLING FÖR DET NYA DEPÅINSTITUTET BIFOGAS.

Kundkännedom privatperson

Enligt Lag (2017:630) om åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism är vi skyldiga att ställa en del frågor innan affärsförbindelsen får inledas.

Kund

För- och efternamn	Personr/samordningsnr	E-post
Adress	Postnr	Ort
Telefon		

Skatterättslig hemvist

Är du skatteskyldig i USA? Ja Nej
Annan skatterättslig hemvist än Sverige eller USA. Ange land:

Person i politisk ställning

Är du, eller har du varit, en person i politiskt utsatt ställning eller dennes närstående/medarbetare? (exempel på PEP är nationell och internationell minister, styrelseledamot i statligt bolag, parlamentsledamot, ambassadör, domare i högre instans, ledande tjänst/position i internationell organisation, högre officerare)
 Ja och jag fyller i blanketten "Person i politiskt utsatt ställning". Nej

Syfte med affärsförbindelsen

Vad är syftet med ditt eller företagets sparande/placering?
 Pension Privat konsumtion Ekonomisk trygghet Till närstående Jag är förmånstagare Sparande placering
 Värdeinvestering Annat, beskriv:

Affärsförbindelsens art (hur affärsförbindelsen kommer att se ut)

- För vems räkning handlar du?
 För din egen eller för av dig helägt bolag För någon annan genom fullmakt
 Annat, beskriv:
- Varifrån kommer de pengar du placerar? Fler kryss kan förekomma.
 Sparande/placering Lön Fastighetsförsäljning Arv Pension Investeringar Företagsförsäljning
 Intäkter från företaget jag representerar Annat, beskriv:
- Vilken anställningsform har du?
 Tillsvidareanställd Visstidsanställd Arbetsökande Pensionerad Student
 Egen företagare Annan, beskriv:
- Hur stor är din nettoinkomst per månad? Ange belopp.
 0 - 15 000 kr 15 000 - 30 000 kr 30 000 - 50 000 kr 50 000 -100 000 kr >100 000 kr
- Ungefärlig storlek på tillgångar som avses föras in i affärsförbindelsen totalt?
 0-500 tkr 500-1000 tkr 1-5 msek >5 msek
- Hur mycket har du idag totalt sparat/placerat i värdepapper och pengar?
SEK
- Från vilken bank eller institut kommer du generellt göra överföringar?
 Svensk bank/annat institut Utländsk bank/annat institut Svenskt försäkringsbolag Utländskt försäkringsbolag
 Pension Från min arbetsgivare Jag är förmånstagare och har erhållit depån genom arv
 Annat, beskriv:

Underskrift

Jag intygar att ovan givna uppgifter stämmer.

Underskrift		
Namnförtydligande	Ort och datum	Signatur Back Office

Handelsfullmakt försäkring

Fullmaktsgivare (Försäkringsgivare)

Futur Pension Fullmaktsgivares Firma	516401-6643 Orgnr	Försäkringsnr	Depånummer
Försäkringstyp <input type="checkbox"/> Kapitalförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepension <input type="checkbox"/> Privatpension <input type="checkbox"/> Direktpension			

Placeringsberättigad/Ombud

(Placeringsberättigad = Försäkringstagare om Kapitalförsäkring. Placeringsberättigad = Försäkrad om Tjänstepension, Privatpension eller Direktpension)

Placeringsberättigads namn	Personnr/org.nr/samordningsnr
Adress	Telefon
Postnr, Ort	E-post

Härmed lämnar vi ovan angivna Placeringsberättigad (ombud) fullmakt att för vår räkning och för ovanstående depå ingå avtal om diskretionär förvaltning samt lämnar vi ombudet fullmakt att på vårt uppdrag utföra diskretionär förvaltning, vilket inkluderar rätt att erhålla uppgift om kontoställning, depåinnehav och transaktioner hos Strivo AB, samt rätt att förvärva, avyttra eller eljest förfoga över värdepapper och andra tillgångar och rättigheter (såsom tex optioner, fondandelar).

Förmedlare

Namn/Firma	Personnr/org.nr/samordningsnr
E-post	Telefon

Härmed lämnar vi ovanstående Förmedlare fullmakt att för ovanstående depå erhålla uppgift om kontoställning, depåinnehav, transaktioner. Rätten innefattar även att påtala fel och brister (reklamation) som framgår av avräkningsnota, eller kontoutdrag, eller eventuellt övriga fel och brister i utförandet av det uppdrag som lämnats till Strivo AB. Reklamation skall framföras omgående.

Fullmaktsgivarens (Försäkringsgivarens) underskrift

Ort/datum	Underskrift	Namnförtydligande
-----------	-------------	-------------------

Placeringsberättigads underskrift

Ort/datum	Underskrift	Namnförtydligande
-----------	-------------	-------------------

Återkallelse av fullmakt

Ort/datum	Underskrift	Namnförtydligande
-----------	-------------	-------------------

Strivos noteringar

Inlämnad av: <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivare <input type="checkbox"/> Ombudet	Datum, Signatur
Legitimation och typ:	Datum, Signatur
<input type="checkbox"/> Återkallad (Kopia skall alltid behållas)	Datum, Signatur