Förmedlare

Handelsfullmakt Försäkring

1412 | 25 april 2023

Fullmaktsgivare (Försäkringsgivare)

Idun Liv Försäkring AB Fullmaktsgivares Firma	556740-1590 Orgnr	Försäkringsnr	Depånummer

Försäkringstyp ☐ Kapitalförsäkring ☐ Tjänstepension ☐ Privatpension ☐ Direktpension

Placeringsberättigad

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

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

Placeringsberättigads ombud

Namn	Personnr	E-post
Namn	Personnr	E-post

Härmed lämnas till den Placeringsberättigade, samt eventuellt Ombud, fullmakt att erhålla uppgift om kontoställning, depåinnehav och transaktioner, rätt att förvärva, avyttra eller eljest förfoga över värdepapper och andra tillgångar och rättigheter (såsom tex optioner, fondandelar etc.) på depå kopplad till ovanstående försäkringsnummer hos Strivo AB. Placeringsberättigad, samt eventuellt Ombud får även ingå avtal med tredje part om diskretionär förvaltning av försäkringen.

Förmedlare

Firma	Org.nr
Namn	E-post

Härmed lämnar vi ovanstående Förmedlare fullmakt att för depå kopplad till ovanstående försäkringsnummer erhålla uppgift om kontoställning, depåinnehav och 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.

Rådgivare

Firma	Org.nr
Namn	E-post

Härmed lämnar vi ovanstående Rådgivare fullmakt att för depå kopplad till ovanstående försäkringsnummer erhålla uppgift om kontoställning, depåinnehav och 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. Denna fullmakt har företräde framför eventuell fullmakt lämnad till Förmedlare ovan.

Fullmaktsgivarens (Försäkringsgivarens) **underskrift**

Ort/datum	Underskrift	☐ Inskickad av Försäkringsgivaren via Jaycom