

# Fullmakt



Härmed ger jag (fullmaktsgivare) nedanstående person/personer fullmakt att företa nedan angivna dispositioner för min räkning beträffande nedan angivet fondsparande hos AMF Fonder AB.

## Fondsparare/Fullmaktsgivare

För- och efternamn		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Fullmaktstagare/Fullmäktig

För- och efternamn		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**i** AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på [www.amf.se](http://www.amf.se)

### Om flera fullmaktstagare

- Fullmaktstagarna har rätt att endast gemensamt företa dispositioner för min räkning
- Fullmaktstagarna har rätt att var för sig företa dispositioner för min räkning
- Fritt sälja samtliga fonder
- Endast byta mellan fonderna
- Sälja här angivna fonder

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Annat

<input type="text"/>
<input type="text"/>

### Fullmaktens giltighetstid

Denna fullmakt ska gälla från och med	Datum (åååå) (mm) (dd)		till och med	Datum (åååå) (mm) (dd)
	<input type="text"/>			<input type="text"/>
eller fullmakten ska gälla från och med	Datum (åååå) (mm) (dd)		och tills vidare. Fullmakten gäller till dess den återkallas.	
	<input type="text"/>			

Blanketten fortsätter på nästa sida.



## Riskinformation om fondsparande

Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. Fondandelar kan både öka och minska i värde. Det är inte säkert att du får tillbaka hela det insatta kapitalet. Läs mer om våra fonder här: [www.amf.se/vara-fonder/](http://www.amf.se/vara-fonder/)

## Bilagor för identifiering

Kopia på legitimation för fondsparare/fullmaktsgivare och samtliga fullmaktshavare.

## Underskrifter

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning fondsparare/fullmaktsgivare\*

--

Namn-förtydligande

--

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning förmyndare\*

--

Namn-förtydligande

--

\* Om fullmaktsgivaren är omyndig ska dennes förmyndare (vanligtvis densamma som vårdnadshavare/förälder) skriva under för den omyndiges räkning.

## Bevittnas av två personer

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning

--

Namn-förtydligande

--

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning

--

Namn-förtydligande

--



**Skicka blanketten till:**

AMF Fonder AB, Fondadministration, 113 88 Stockholm