

ÄNDRING/UPPEHÅLL/UPPSÄGNING AV MÅNADSSPARANDE



Personnummer (12 siffror)/Organisationsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Förnamn, efternamn/ev. företagsnamn

Telefon (där vi kan nå dig bäst under dagtid)

Mobil

Adress

Postnummer/ort

E-post adress

ODIN-konto*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fylls endast i av befintlig kund

* ODIN-kontot är kostnadsfritt och upprättas för nya kunder per automatik i samband med din första investering.

Clearingnr:

--	--	--	--

 vid clearnr. för swedbank ifylles ej sista siffran!

Bankkontonr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*För att er begäran ska genomföras krävs det att ODIN-kontonummer är ifyllt.

Viktig information

Observera att vid ändring av månadssparande till ny fond måste vi ansöka om nytt medgivande hos din bank. Därför bör ansökan inkomma till ODIN Fonder i god tid före önskad ändring kan genomföras.

Det kan medföra förseningar om blanketten ej är korrekt ifyllt.

Vi vill ha din ändring/uppehåll/upsägning via post eller fax, vi har dessvärre inte möjlighet att godkänna begäran per e-post. För omyndig fondinnehavare krävs båda vårdnadshavarnas underskrift.

Vänligen kontakta ODIN Fonder om du har några frågor, tel 08-407 14 00 eller e-post kontakt@odinfond.no.

Uppehåll eller uppsägning av månadssparande

Mitt nuvarande sparande är följande:

ODIN Norden _____
ODIN Norge _____
ODIN Sverige _____
ODIN Europa _____
ODIN Global _____
ODIN Emerging Markets _____
ODIN Eiendom (Fastighet) _____
ODIN USA _____

Fonden har andelsklasser. För mer information se prospekt.

Jag vill upphöra helt med mitt månadssparande? Ja

Uppehållet ska gälla från och med månads

dragning år och återupptas från och med

..... månads dragning år

Ändring av månadssparande

Jag vill att mitt autogirosparande ska se ut enligt följande: (OBS ange även de fonder du vill fortsätta månadsspara i men som inte ska ändras). ange belopp i SEK

ODIN Norden _____
ODIN Norge _____
ODIN Sverige _____
ODIN Europa _____
ODIN Global _____
ODIN Emerging Markets _____
ODIN Eiendom (Fastighet) _____
ODIN USA _____

Fonden har andelsklasser. För mer information se prospekt.

Jag vill att ovanstående ändringar ska börja gälla från och med

..... månads dragning, år

2019-Desember

Då jag redan sparar regelbundet i ODIN Fonder har jag tagit del av de regler för autogirosparande som gäller. För omyndig fondinnehavare krävs båda vårdnadshavarnas underskrift.

Ort/datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

ODINs noteringar

Färdig ifyllt blankett skickas till : epost: trade@odinfond.no, Fax: 08-407 14 66, ODIN Forvaltning, Postbox 1771 Vika, 0122 Oslo, Norge,

