

Valfri förvaltningsbefogenhet

Vänligen använd VERSALER och markera lämpliga rutor. När blanketten är ifylld vänligen returnera till oss på Aviva, PO Box 1550, Salisbury, SP1 2TW England

Till: Aviva ('företaget')

AVSNITT A

ATT FYLLAS I AV FÖRSÄKRINGSTAGAREN/FÖRSÄKRINGSTAGARNA

Försäkringsnummer eller ansökningsdatum	<input type="text"/>	('försäkringen')
Försäkringstagarens/försäkrings tagarnas namn	<input type="text"/>	
Rådgivarens Företagsnamn	<input type="text"/>	('rådgivaren')

DEL A - Befogenhet för rådgivaren att byta och/eller omdirigera fonder på klientens vägnar

Jag/Vi ger härmed ovanstående namngivna rådgivare befogenhet att välja fonder och utnyttja alla eventuella alternativ för att byta eller omdirigera fonder till vilka värdet för försäkringen/försäkringarna är kopplade. Jag/Vi samtycker till och förstår att rådgivaren skall ha samma investeringsrätt att utnyttja alternativen för att byta och omdirigera, som om rådgivaren vore försäkringstagaren.

Jag/Vi ger företaget befogenhet att handla enligt rådgivarens bytesinstruktioner, som om rådgivaren vore försäkringstagaren. Jag/Vi samtycker till att hålla företaget ansvarsfritt och skadeslöst beträffande alla eventuella förluster, till direkt eller indirekt följd av att rådgivaren har utsetts.

- Jag/Vi har samtyckt till att betala rådgivaren en avgift på 0.25%, 0.5%, 0.75%, 1% av köpvärdet för försäkringen/försäkringarna på varje årsdag av försäkringens/försäkringarnas ikraftträdande. Jag/Vi önskar göra ett antal uttag från försäkringen/försäkringarna för att betala avgifterna. Jag/Vi ger företaget i uppdrag att verkställa dessa uttag genom att annullera allokerade andelar i försäkringen/försäkringarna och därefter betala avgiften till rådgivaren som mitt/vårt ombud.

eller

- Jag/Vi har enats med rådgivaren om att en avgift inte skall betalas.

Jag/Vi befullmäktigar företaget att handla enligt denna befogenhet tills det att Jag/Vi återkallar befogenheten skriftligen.

Försäkringstagarens/försäkringstagarnas namnteckning

Undertecknat

Datum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Del B - Befogenhet att betala rådgivaren för fortlöpande rådgivning

Jag/Vi har samtyckt till att betala rådgivaren en avgift på 0.25%, 0.5%, 0.75%, 1% av köpvärdet för försäkringen/försäkringarna på varje årsdag av försäkringens/försäkringarnas ikraftträdande för fortlöpande rådgivning. Jag/Vi önskar göra ett antal uttag från försäkringen/försäkringarna för att betala avgifterna. Jag/Vi ger företaget i uppdrag att verkställa dessa uttag genom att annullera allokerade andelar i försäkringen/försäkringarna och därefter betala avgiften till rådgivaren som mitt/vårt ombud.

Jag/Vi befullmäktigar företaget att handla enligt denna befogenhet tills det att Jag/Vi återkallar befogenheten skriftligen.

Försäkringstagarens/försäkringstagarnas namnteckning

Undertecknat

Datum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

AVSNITT B

ATT FYLLAS I AV RÅDGIVAREN

Jag/Vi har läst och förstår villkoren som anges ovan och samtycker till att följa dem. Jag tillstyrker att jag/vi har den befogenhet som krävs för att agera som rådgivare och kommer att följa bestämmelserna som gäller för tillbörlig reglerande myndighet. Jag/Vi åtar mig/oss att underrätta företaget och försäkringstagaren om jag/vi vid någon tidpunkt upphör att ha denna befogenhet, eller om några disciplinära åtgärder vidtas mot mig/oss.

Reglerande myndighet

Land

Referensnummer

Rådgivarens fullständiga namn (företag)

Person som kommer att agera på företagens vägnar

Address

Telefonnummer

E-postadress

Undertecknat

Datum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

För rådgivaren

ENBART FÖR FÖRETAGETS BRUK

Rådgivarens referensnummer

Var god returnera handlingen till detta kontor för mottagningsbevis. Då en kopia först skickas till oss via e-post, tillåter vi en period på 8 veckor för att erhålla originalet.

I sådant fall att originalet inte erhålles, kan befogenheten återkallas.

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, ett privat aktiebolag. Registrerat i Irland, nr 165970. Säte i Building 12, Cherrywood Business Park, Loughlinstown, Co Dublin, D18 W2P5, Irland.

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, som handlar under namnen Aviva Life & Pensions Ireland och Friends First, regleras av Central Bank of Ireland. Företagsreferensnummer C757.

Tel +353 (0)1 898 7950

olab.aviva.com

XINSWEOMA HL69001 12/2025 © Aviva

 **AVIVA**