

**PERSONUPPGIFTER** (vänligen texta tydligt)

Namn (tilltalsnamn+efternamn)	Personnummer
Gatuadress	Kundnummer
Postnummer+Postort	Telefon
E-postadress	

**VÄLJ ALTERNATIV NEDAN**

<input type="checkbox"/> <b>INLÖSEN AV FONDANDELAR*</b>	<input type="checkbox"/> <b>BYTE AV FOND INOM ISK**</b>
<input type="checkbox"/> <b>UTTAG KONTANTA MEDEL</b> ..... kronor	

\* Om inlösenbeloppet ska betalas ut till ett bankkonto, ange ditt bankkontonummer nedan, under "Bankuppgifter för utbetalning". Om inlösenbeloppet ska kvarstå som kontanta medel på ditt ISK, lämnas fältet tomt.

\*\*Byte inom ISK räknas inte som en ny insättning (köp) vid uträkning av kapitalunderlag.

**SPECIFICERING AV BEGÄRAN**

Fond	Ange hela innehavet, antal andelar, belopp eller byte av fond			
Didner & Gerge Aktiefond	<input type="checkbox"/> Hela innehavet	..... andelar	..... kr	Byte till fond: .....
Didner & Gerge Småbolag	<input type="checkbox"/> Hela innehavet	..... andelar	..... kr	Byte till fond: .....
Didner & Gerge Global	<input type="checkbox"/> Hela innehavet	..... andelar	..... kr	Byte till fond: .....
Didner & Gerge Small and Microcap	<input type="checkbox"/> Hela innehavet	..... andelar	..... kr	Byte till fond: .....
Didner & Gerge US Small and Microcap	<input type="checkbox"/> Hela innehavet	..... andelar	..... kr	Byte till fond: .....
Didner & Gerge Resilient World Small Cap	<input type="checkbox"/> Hela innehavet	..... andelar	..... kr	Byte till fond: .....

**BANKUPPGIFTER FÖR UTBETALNING** (kontot ska tillhöra andelsägaren, gäller även omyndig person)

Bankens namn	Bankkontonummer (clearingnummer + kontonummer)***
--------------	---

\*\*\*Om du anger ett utländskt bankkonto behöver du bifoga ett kontobevis där det framgår att kontot tillhör andelsägaren.

**EVENTUELLT AVSLUT AV MÅNADSSPARANDE**

Jag vill avsluta månadssparande i:  Aktiefond  Småbolag  Global  Small and Microcap  US Small and Microcap  Resilient World Small Cap

**OVANSTÅENDE BEKRÄFTAS**

Ort	Datum
Namnteckning****	Namnförtydligande**
Namnteckning****	Namnförtydligande**

\*\*\*\*OBSERVERA: Om begäran om inlösen görs för en omyndig persons räkning ska blanketten undertecknas av samtliga vårdnadshavare. Om begäran om inlösen görs av annan ställföreträdare än vårdnadshavare (t.ex. av förvaltare) ska behörigheten att rättshandla för huvudmannens räkning styrkas genom bifogat förordnande om ställföreträdarskap.

**Skickas portofritt till: 'Didner & Gerge Fonder, SVARSPPOST, Kundnummer 750 730 100, 758 01 UPPSALA'**  
 alternativt till [info@didnergerge.se](mailto:info@didnergerge.se).