



Uppsägning av förvaltningsavtal Fondguide försäkringsförvaltning

Härmed ber undertecknad att få säga upp förvaltningsavtalet med Indecap AB avseende rubricerade förvaltningstjänst.

Uppsägningen gäller med omgående verkan.

Namn:

Personnummer:

Försäkringsnummer:

Ort:

Datum:

Namnteckning:

UPPSÄGNINGEN SKA SKICKAS TILL INDECAP