

Jag vill ha min utbetalning från AMF insatt på nedanstående konto

Utbetalning till konto



Personnummer (år, mån, dag och nr)	Namn
------------------------------------	------

Är du det minsta osäker på dina kontouppgifter kontakta din bank.

Bankkonto

Bankens namn	
Clearing nr	Kontonummer

Underskrift

Namnteckning	Telefon (även riktnummer)	Ort och datum
--------------	---------------------------	---------------

(Är du fullmaktsinnehavare måste fullmakt bifogas)



Den ifyllda blanketten skickar du till: AMF, c/o Depona, Box 231, 151 23 Södertälje.

AMF Pensionsförsäkring AB
113 88 Stockholm
Besök: Klara Södra Kyrkogata 18

Telefon: 0771-696 300
Öppettider: Vardagar 08.00–18.00
Fax: 08-696 34 10

E-post: info@amf.se

Org nr 502033-2259
Styrelsens säte: Stockholm

www.amf.se