



**SVARKUPON BØRNEOPSPARING**

**LÆGERNES  
PENSIONS  
BANK**

**Opretter**

Stilling: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_  
Navn: \_\_\_\_\_ Medlems CPR-nr.:<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon privat/mobil: \_\_\_\_\_  
Postnr. og by: \_\_\_\_\_ Telefon arbejde: \_\_\_\_\_  
E-mailadresse: \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Udfyldes, hvis kontohaver ikke er medlem af Lægernes Pensionskasse eller DIP/JØP

Barnets navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_  
Barnets adresse: \_\_\_\_\_

**Jeg ønsker at oprette en ny børneopsparing**

Kontoen ønskes bundet til barnets \_\_\_\_\_ år.

Værgens navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_  
Værgens adresse: \_\_\_\_\_

**Jeg ønsker at overføre nedennævnte børneopsparingskonti til Lægernes Pensionsbank**  
(evt. bankbog vedlægges).

Pengeinstitut	Registrerings- og kontonummer	Ny konto Udfyldes af banken	Barnets navn	Barnets CPR-nr.

Jeg/vi bekræfter at have læst bankens pjece om børneopsparing.

\_\_\_\_\_  
Dato Opretters underskrift