

NAMN OCH PERSONUPPGIFTER

*Namn, Firma (fullständigt namn)		*Person-/organisationsnummer
Kundnummer	*Telefon, dagtid (inkl riktnr)	E-mailadress

BEGÄRAN OM INLÖSEN AV FONDANDELAR

*Vänligen kryssa i rutan för den andelsklass Ni önskar lösa in andelar i:

HealthInvest Alpha Fund:

C D

*Vänligen specificera önskad inlösen genom att ange ett av de tre följande alternativen:

1) Antal andelar	2) <input type="checkbox"/> Samtliga andelar, 100%	3) Belopp, SEK
------------------	--	----------------

BANKKONTO FÖR LIKVIDBELOPP

Bankkonto för utbetalning av likvid måste tillhöra andelsägaren. Vänligen bifoga bankkontoutdrag eller motsvarande där andelsägarens namn och bankkontonumret tydligt framgår.

*Bankkonto inkl clearingnummer	*Bank
--------------------------------	-------

*Obligatorisk uppgift.

STOPPTID FÖR HANDEL

Inlösenblanketten ska vara HealthInvest Partners AB tillhanda senast kl 24.00 för att inlösen ska ske till nästkommande bankdags andelskurs. Avräkningsnota erhålles i samband med utbetalning av likvid. För fullständig information, vänligen se separat informationsbroschyr.

UNDERSKRIFT

Jag/vi uppdrar härmed åt HealthInvest Partners AB att verkställa inlösen av fondandelar enligt ovan. Jag/vi är medvetna om att HealthInvest Partners AB inte tillhandahåller sådan finansiell rådgivning som avses i lagen (2003:862) om finansiell rådgivning till konsumenter och bekräftar vidare att jag/vi inte har uppdragit åt fondbolaget att tillhandahålla någon sådan rådgivning.

Ort, datum	
Underskrift**	Namnförtydligande

**Gäller inlösen juridisk person ska firmateckningsrätt styrkas genom registreringsbevis och vidimerad ID-handling.

Det åligger var och en som är intresserad av att investera i HealthInvest Alpha Fund att tillse att investeringen sker i enlighet med gällande lagar och andra regleringar. Utländsk lag kan innebära att en investering inte får göras av investerare utanför Sverige. HealthInvest Partners AB har inget som helst ansvar för att kontrollera om en investering från utlandet sker i enlighet med sådant lands lag. Tvist eller anspråk rörande HealthInvest Alpha Fund ska avgöras enligt svensk lag och exklusivt av svensk domstol. Det finns inga garantier för att en investering i HealthInvest Alpha Fund inte kan leda till förlust. Detta gäller även vid en i övrigt positiv utveckling på de finansiella marknaderna. Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. De medel som placeras i HealthInvest Alpha Fund kan såväl öka som minska i värde och det är inte säkert att den som investerar återfår hela det insatta kapitalet. Information från HealthInvest Partners AB skall inte ses som en rekommendation om köp eller försäljning av andelar i Fonden. Det ankommer på var och en som önskar förvärva andelar i HealthInvest Alpha Fund att göra sin egen bedömning av en investering och de risker som är förknippade därmed. En investering i HealthInvest Alpha Fund bör betraktas som en långsiktig investering. Informationsbroschyr och faktablad kan rekvideras kostnadsfritt från HealthInvest Partners AB, telefon 08-440 38 30, alternativt hämtas från fondbolagets hemsida www.healthinvest.se.

BEGÄRAN OM INLÖSEN SKICKAS TILL

E-post: healthinvest.bo@ws.se

Begäran om inlösen kan även skickas per post till adressen nedan. För säkrare hantering, meddela alltid healthinvest.bo@ws.se att inlösen har skickats.

Wahlstedt Sageryd Financial Services AB
Att: HealthInvest Partners AB
Box 7029
103 86 STOCKHOLM

DOKUMENT ATT BIFOGA

- Bankkontoutdrag eller motsvarande där andelsägarens namn och bankkontonumret tydligt framgår.
- Gäller inlösen juridisk person ska firmateckningsrätt styrkas genom registreringsbevis och vidimerad ID-handling.

HANDELSDAGAR

Information om aktuella handelsdagar finns tillgänglig på HealthInvest Partners hemsida, www.healthinvest.se.