

C. Gewünschte Änderung der derzeitigen Fondsanlage

Hiermit bitte ich um die Durchführung der folgenden Vertragsänderung für den zuvor genannten Vertrag:

mit kommendem Werktag nach Eingang bei der Verwaltung mit Datum (TT/MM/JJJJ) _____

derzeitige Anlage:

gewünschte Anlage:

Fondsbezeichnung	Prozentuale Aufteilung	Fondsbezeichnung	Prozentuale Aufteilung
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %
_____	_____ %	_____	_____ %

Bitte beachten Sie, dass sich bei einem Anlagewechsel die Einzelprozentsätze immer auf den Gesamtbetrag der Anlage beziehen. Folglich muss bei einer Wiederveranlagung die Gesamtsumme der prozentualen Aufteilung immer 100 % ergeben. Die Mindestanlage pro Fonds beträgt 5 % des Beitrags. Es können maximal 10 Fonds für einen Vertrag gewählt werden. Bitte geben Sie den prozentualen Beitragsanteil pro Fonds nur in ganzen Zahlen an.

D. Unterschriften

Mir ist bekannt, dass es bei einem Wechsel der Fondsanlagen zu einer Veränderung meines persönlichen Anlagerisikos kommt, und ich habe mich hinsichtlich des damit verbundenen Risikos eingehend von meinem Vermittler beraten lassen. Ferner habe ich die Fondsübersicht NG326 zu den möglichen Anlagerisiken erhalten und gelesen. Ein Anlagewechsel ist pro Kalenderjahr in einem Umfang von 12 Änderungen gebührenfrei. Für jeden weiteren Anlagewechsel wird eine Gebühr erhoben, die mit dem vorhandenen Vertragsguthaben verrechnet wird. Mit der Verrechnung dieser Gebühr, in Höhe und gemäß den Versicherungsbedingungen / Polizzenbedingungen zu meinem Vertrag, bin ich einverstanden. Sämtliche anderen Vertragsinhalte sind von der von mir gewünschten Änderung nicht betroffen.

Dieses Formular besteht aus 2 Seiten. Als Versicherungsnehmer/Abtretungsgläubiger bestätige ich, dass mir alle Seiten vorgelegt wurden und ich das Formular vollständig zur Kenntnis genommen habe.

X _____
Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

X _____
Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

X _____
Unterschrift des Gläubigers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Herausgegeben von:

Scottish Widows Europe S.A., ist eine Société anonyme nach luxemburgischem Recht. Der Sitz der Gesellschaft ist Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Luxemburg, eingetragen im Handels- und Firmenregister Luxemburg unter der Nummer B228618. Die Gesellschaft ist ein zugelassenes Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances.

Servicepartner:

LV Bestandsservice GmbH
Im Breitspiel 2-4
69126 Heidelberg
Deutschland
Tel. (DEU) +49 (0)6221 872-2700, Fax +49 (0)6221 872-2701
Tel. (AUT) +49 (0)6221 872-2750, Fax +49 (0)6221 872-2751

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe S.A. Die Marke ist Eigentum von Scottish Widows Limited und lizenziert an Scottish Widows Europe S.A. LV Bestandsservice GmbH ist der Servicepartner der Scottish Widows Europe S.A.

Die LV Bestandsservice GmbH ist eingetragen im Handelsregister Mannheim unter HRB 740652.
www.clericalmedical.de
www.clericalmedical.at