

# Formular – Änderungsantrag der Fonds-Anlage



CLERICAL MEDICAL

Bitte senden Sie das ausgefüllte und von allen Versicherungsnehmern unterschriebene Formular an unseren Servicepartner: Heidelberger Leben Service Management GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Deutschland oder per Fax an 06221 872-2701 (aus Deutschland) bzw. +49 (0)6221 872-2751 (aus Österreich).

## A. Versicherungsnehmer

Vorname(n), Nachname Versicherungsnehmer

Adresse Versicherungsnehmer (bitte PLZ angeben)

Vertragsnummer(n) / Polizzenummer(n)

## B. Änderung der Anlage künftiger Anlagebeiträge

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

zur nächsten Beitragsfälligkeit

mit Datum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_

### derzeitige Beitragsaufteilung:

### gewünschte Beitragsaufteilung:

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

Bitte beachten Sie, dass sich die Einzelprozentsätze immer auf den Gesamtbetrag der Anlage beziehen. Folglich muss 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

