

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben zurück an:

**ACM Lebensversicherung AG
Vorsorge Verwaltungsservice
Postfach 16 51
77606 Offenburg**

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.

ACM Lebensversicherung AG
Vorsorge Verwaltungsservice
Postfach 16 51
77606 Offenburg

Änderung der Fondaufteilung

Name des Versicherungsnehmers: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Produktnummer: _____

Vertragsnummer: _____

Ich erkläre, dass ich zu meinem Versicherungsvertrag eine Umwandlung der bisher investierten Fonds vornehmen möchte.

Bei Gesamtveränderung

Bitte wandeln Sie zum nächstmöglichen Datum mein aktuelles Vertragsguthaben vollständig in folgende Fonds um:

Fondsname	ISIN	Aufteilung in %
Gesamt		

Bei Teilveränderung

Bitte verkaufen Sie zum nächstmöglichen Datum folgende Fonds:

Fondsname	ISIN	Aufteilung in % / in EUR / in Anzahl Anteile
Gesamt		

und investieren den Verkaufserlös in nachstehend genannte Fonds:

Fondsname	ISIN	Aufteilung in %
Gesamt		

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers