

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.



## Versicherungen

ACM Lebensversicherung AG  
Vorsorge Verwaltungsservice  
Postfach 16 51  
77606 Offenburg

## Änderung der Fondaufteilung

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kontakt E-Mail oder Tel.: \_\_\_\_\_

Produktname: \_\_\_\_\_

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
<b>Gesamt</b>		

und investieren den Verkaufserlös in nachstehend genannte Fonds:

Fondsname	ISIN	Aufteilung in %
<b>Gesamt</b>		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers