

Friends Plan

Änderungsantrag Fondsaufteilung

Vertragsnummer

Versicherungsnehmer(in)

Titel: Herr Frau Firma Vorname:
Name: Telefon:

Die Liste der aktuell verfügbaren Fonds finden Sie auf unserer Website: <http://www.olab.aviva.com>

Fondsänderungen (bitte ankreuzen):

- Änderung der zukünftigen Beitragsaufteilung..... Tabelle **A** ausfüllen
 Änderung der bestehenden Beitragsaufteilung (insgesamt)..... Tabelle **B** ausfüllen
 Änderung der bestehenden Beitragsaufteilung (Einzelfondstausch) Tabelle **C** ausfüllen
 Anlagestrategiewechsel..... Tabelle **D** ausfüllen

A – Änderung der zukünftigen Beitragsaufteilung

Bitte beachten Sie, dass die Fondsauswahl insgesamt 10 Einzelfonds nicht überschreitet.
Die Änderungen werden zum nächstmöglichen Termin durchgeführt.

Fonds	Anteil in vollen %-Sätzen (keine Nachkommastellen)
01.	
02.	
03.	
04.	
05.	
06.	
07.	
08.	
09.	
10.	

B – Änderung der bestehenden Fondsaufteilung (insgesamt)

Die vorhandenen Fondsanteile werden **ALLE** zum nächstmöglichen Termin veräußert und zum gleichen Zeitpunkt Anteile der unten genannten Fonds neu erworben.

Fonds	Anteil in vollen %-Sätzen (keine Nachkommastellen)
01.	
02.	
03.	
04.	
05.	
06.	
07.	
08.	
09.	
10.	

Seite 2 des Änderungsantrag Fondsaufteilung

Vertragsnummer

C – Änderung der bestehenden Fondsaufteilung (Einzelfondstausch)

Folgende Fondsanteile werden zum nächstmöglichen Termin veräußert:

Fonds	Anteil in vollen %-Sätzen (keine Nachkommastellen)
01.	
02.	
03.	
04.	
05.	

Folgende Fondsanteile werden aus dem Erlös des Verkaufes neu erworben:

Fonds	Anteil in vollen %-Sätzen (keine Nachkommastellen; insgesamt immer 100%)
01.	
02.	
03.	
04.	
05.	

D – Anlagestrategiewechsel

Die vorhandenen Fondsanteile sowie die zukünftigen Beiträge werden zum nächstmöglichen Termin investiert in:

Top of Friends
Peak-Performance

Managed by Friends
Lebensphasenkonzept

Selection of Friends
Individuelle Fondsauswahl, bitte Tabelle A ausfüllen

Falls **Selection of Friends** gewählt, **Lifestyle- Ablaufmanagement**: 10 Jahre 5 Jahre 3 Jahre
(Bei einer eingeschlossenen Beitragsgarantie gilt immer das 10-jährige Lifestyle-Ablaufmanagement)

Unterschriften

Ich, der/die Versicherungsnehmer(in) bestätige, dass diese Änderung(en) auf meinen eigenen Wunsch zustande gekommen sind.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift diesen Antrag gelesen und verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in) / Versicherte Person
Firmenstempel (bei Versicherungsnehmer = Arbeitgeber)

Versicherer

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, a private company limited by shares.
Registered in Ireland No. 165970. Registered office at One Park Place, Hatch Street, Dublin 2, D02 E651, Ireland.
Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, trading as Aviva Life & Pensions Ireland and Friends First, is regulated by the Central Bank of Ireland. Firm Reference Number C757.
Tel +353 (0)1 898 7950 www.olab.aviva.com

