

Jäger Versicherungsmakler OHG

65558 Holzheim, Gartenstraße 3

* Versicherungsmakler –
* Helmut Jäger Geschäftsführer
* Finanzdienstleistungen Makler nach 34d und f GewO
* Vermittlerregister D-Q076-R9IL7-52 IHK Koblenz
* Vermittlerregister D-F-141-M5U8-74 VG Diez
* HRA 20382 Amtsgericht Montabaur

Telefon 06432-910969

Telefax 06432-910968

Email info@jaeger-helmut.de

Homepage www.jaeger-versicherungsmakler.de

Erklärung zur Änderung der Fondsanlage

**Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Versicherer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Versicherungsschein Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Shift:**
Hier handelt es sich um die komplette Umschichtung eines Fondsguthabens.
Die Anteile der bisher gewählten Fonds werden veräußert und der Geldwert in neue Zielfonds investiert Zukünftige Beiträge werden ebenfalls in die neue Zielfonds investiert.

**Switch:**
Hier werden die zukünftigen Sparbeiträge in die ausgewählten Fonds investiert.
Der bisherige Fonds bleibt in seiner Summe bestehen und entwickelt sich parallel weiter.
Neue Beiträge werden nicht entrichtet.

* **Fondswechsel zum schnellstmöglicher Zeitpunkt**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WKN alt** | **WKN neu** | **Fondsname neu** | **Aufteilung %** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Zusatzinformationen:

**Alleinige Vertretung und Verwaltung der wiederkehrenden Zahlungen für Kapitalanlagen und Portfolioverwaltung**

SEPA-Lastschriftverfahren:

Mandat für wiederkehrende Zahlungen Ja [ ]  Nein [ ]

bis auf schriftlichen Widerruf

Mandat für einmalige Zahlungen [ ]

Name des Zahlungsdienstleisters (Geldinstitut)

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Drittberechtigter/

 Unwiderruflich Bezugsberechtigter

 (**falls abgetreten/verpfändet)**