

Continentale Lebensversicherung AG  
 Continentale Versicherungsverbund auf Gegenseitigkeit  
 Servicecenter Leben  
 – Direktion –  
 Baierbrunner Str. 31-33  
 D-81379 München

### Auftrag zur Änderung der Fondsaufteilung meines Versicherungsvertrags

Fax-Nr.: 089 / 5153-347

**Versicherungsnummer**   
**Versicherungsnehmer**  Familienname (ggf. abweichender Geburtsname)  Vorname  Geburtsdatum

#### Änderung der Fonds-Zusammensetzung / Fondsanlage

Änderung der Fondsaufteilung für künftige Beitragszahlungen **und**  Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens **oder**
 **nur** Änderung der Fondsaufteilung für künftige Beitragszahlungen **oder**
 **nur** Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens

Die Änderung soll gelten ab  Der Termin gilt für alle gewünschten Änderungen, für künftige Beitragszahlungen jedoch frühestens zur nächstmöglichen Beitragsfälligkeit.

Bitte beachten Sie auch die Stichtagsregeln der „Allgemeinen Versicherungsbedingungen / Vertragsinformationen“!

#### Fondsauswahl – Anlage der Sparanteile in folgender Fondskombination

Bitte geben Sie **alle** Investmentfonds an, die nach der Durchführung dieses Auftrags in Ihrem Versicherungsvertrag enthalten sein sollen. In einem Versicherungsvertrag können das **bis zu zehn Investmentfonds** sein. Die Fonds, die Sie nicht mehr verwenden wollen, brauchen Sie nicht anzugeben.

Nennen Sie also nur die Investmentfonds:

- in die Sie umschichten wollen   
  die weiterhin unverändert bestehen bleiben sollen   
  in die künftige Beträge fließen sollen

Fondsbezeichnung*)	Renditebaustein R.../F...	Neue Aufteilung des Fondsguthabens**)	Aufteilung für künftige Beitragszahlungen***)
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%

\*) Bitte beachten Sie, dass für die Produktlinie „Happy-Age“ eine abweichende Fondspaletten festgelegt ist.  
 \*\*) Geben Sie „unverändert“ an, wenn das Fondsguthaben eines Investmentfonds nicht umgeschichtet werden soll. Das Fondsguthaben aller anderen Fonds wird entsprechend den von Ihnen genannten Prozentangaben neu aufgeteilt. Die Summe Ihrer Prozentangaben zu den **zu verändernden Fonds** muss 100% ergeben.  
 \*\*\*) Nur ganzzahlige Prozentangaben jeweils mindestens 5%. Summe 100%.

Mit meiner Unterschrift unter diesen Auftrag bestätige ich auch den Erhalt der Fondsbeschreibung der gewählten Investmentfonds.

Ort / Datum    
 Unterschrift des Versicherungsnehmers, ggf. Firmenstempel    
 Unterschrift und Stempel des Drittgläubigers, falls Vertrag mit Rechten Dritter belastet ist (z. B. Abtretung)

Hinweis für den Vertriebspartner: Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Verbunds ist dem Änderungsauftrag ein ordnungsgemäß ausgefülltes „Beiblatt zur Beratung“ beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler).

**Continentale**  
**Lebensversicherung AG**  
 – Direktion –  
 Baierbrunner Str. 31-33  
 D-81379 München

**Continentale**  
**Assekuranz Service GmbH**  
 – Vertriebsbüro Österreich –  
 Fichtegasse 2a  
 A-1010 Wien

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
 Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
 Dr. Helmut Hofmeier, Alf N. Schlegel  
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer  
 Sitz der Gesellschaft: München  
 Handelsregister Amtsgericht München B 182 765  
 USt-ID-Nr: DE 124 906 368