

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden

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

Vollmacht für die versicherte Person zur Änderung der Fondsaufteilung bei fondsgebundener Direktversicherung

Anlage zum Antrag auf Direktversicherung vom:

bzw.

Änderung zu Versicherungsnummer/n:

Versicherungsnehmer / Arbeitgeber

Firma

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort (Sitz des Unternehmens)

Versicherte Person / Arbeitnehmer

Vor- und Nachname (ggf. abweichender Geburtsname)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Der Versicherungsnehmer erklärt Folgendes:

Die versicherte Person wird, bis auf Widerruf, für die Dauer des Arbeitsverhältnisses bevollmächtigt, eine Änderung der Fondsaufteilung – Änderung der Fondsaufteilung für künftige Beitragszahlungen und/oder Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens – vorzunehmen.

Für den Auftrag zur Änderung der Fondsaufteilung wird das Formular #3196 verwendet.

Datum

Unterschrift / Stempel Versicherungsnehmer