

Numer umowy:

.....

DYSPOZYCJA KONWERSJI I ZMIANY PODZIAŁU WPŁAT W UMOWIE UBEZPIECZENIA

 (w przypadku IKE dotyczy środków zgromadzonych na **Rachunku Jednostek Funduszy** oraz na **Dodatkowym Rachunku Jednostek Funduszy**)

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO/Ubezpieczającego

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer	Seria i nr dowodu osobistego
Kod i miejscowość	Telefon/e-mail.....
Obywatelstwo	Miejsce (kraj) urodzenia
Data urodzenia	

DYSPOZYCJA DOTYCZY: (proszę wskazać właściwą zmianę)

 zmiana zasad podziału wpłat (zmiana alokacji)

 konwersji

ZMIANA ZASAD PODZIAŁU WPŁAT (ZMIANA ALOKACJI)

Nazwa Funduszu, w który będą inwestowane wpłaty	Procent wpłaty przeznaczonej na Fundusz (z dokładnością do 1%)
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Pieniężny PPE SALTUS TU ŻYCIE SA	
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Obligacji PPE SALTUS TU ŻYCIE SA	
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Akcji PPE SALTUS TU ŻYCIE SA	
SUMA:	100 %

KONWERSJA (należy wypełnić tyle poniższych rubryk, ile konwersji Oszczędzający chce dokonać; jeśli konwersji mają podlegać wszystkie jednostki danego Funduszu, proszę w środkowej kolumnie wpisać 100%; jeśli konwersji ma podlegać tylko część jednostek danego Funduszu, należy w środkowej kolumnie wpisać liczbę % jednostek Funduszu, które mają podlegać konwersji)

Fundusz, którego Jednostki Funduszu mają być zamienione	Procent Jednostek Funduszu, który ma podlegać zmianie	Fundusz, na którego Jednostki Funduszu mają być zamienione konwertowane jednostki
	%	
	%	
	%	
	%	

.....
data i miejsce złożenia dyspozycji.....
Czytelny podpis Oszczędzającego/Ubezpieczającego
WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI
 dowód osobisty (kopia)

(wypełnia uprawniony pracownik dystrybutora ubezpieczeń)

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DYSPOZYCJI

Oświadczam, iż dokonałem/łam weryfikacji tożsamości Oszczędzającego/Ubezpieczającego na podstawie jego dokumentu stwierdzającego tożsamość.

Imię i nazwisko Pracownika dystrybutora ubezpieczeń	Pieczęć i podpis
Telefon kontaktowy	

Numer faksu do SALTUS TU ŻYCIE SA – 58 550 97 29