

**DYSPOZYCJA ZMIANY STRUKTURY PORTFELA I INWESTOWANIA SKŁADEK
W UMOWIE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - PROFIT****Ubezpieczający**

nazwisko:

pierwsze imię:

NIP:

PESEL:

numer polisy

Dyspozycja dotyczy (*prosimy zaznaczyć właściwe kwadraty*): dokonania zmiany zasad podziału wpłat konwersji

1. Wniosuję o **zmianę zasad podziału wpłat składek** na następujący:
(*prosimy uzupełnić dane w poniższej tabeli*)

Nazwa funduszu w jakim będą alokowane wpłaty	Procent wpłaty przeznaczanej na fundusz (z dokładnością do 1%)
UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY RYNKU PIENIĘŻNEGO TU SKOK ŻYCIE S.A.	
UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY STABILNY ZMIENNEJ ALOKACJI TU SKOK ŻYCIE S.A.	
UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY AKTYWNY ZMIENNEJ ALOKACJI TU SKOK ŻYCIE S.A.	
SUMA	100%

2. Wniosuję o **dokonanie następującej konwersji**:

(*prosimy o wypełnienie tylu z poniższych tabel, ilu konwersji Ubezpieczający chce dokonać; jeżeli konwersji mają podlegać wszystkie jednostki danego funduszu, proszę w środkowej kolumnie wpisać 100%, natomiast jeśli konwersji ma podlegać tylko część jednostek danego funduszu, proszę w środkowej kolumnie wpisać liczbę % jednostek funduszu, które mają podlegać konwersji*)

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

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

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

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

Data i miejsce złożenia oświadczenia:

.....

.....

Podpis Ubezpieczającego

Wypełnia Pracownik SKOK wysyłający faksem dyspozycję

Imię i nazwisko Pracownika **Pieczętka i podpis**

Telefon kontaktowy

Numer faksu do TU SKOK ŻYCIE SA – 058 550 97 29