Nr wniosku o zawarcie Umowy / Nr Polisy

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
z siedzibą w Warszawie
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa
Centrala tel.: 0 22 332 10 31, fax: 0 22 332 17 55
Centrum informacyjne tel.: 0 801 888 000
www.skandia.pl

Formularz - Program „Rebalancing”

1. Dane Ubezpieczającego

Nazwisko / Nazwa | Imię | Numer telefonu

Adres

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość / Poczta | Kraj

Dyspozycja Ubezpieczającego

☐ **Przystępuję do Programu „Rebalancing”.**

Oświadczam, że przed przystąpieniem do Programu otrzymałem i zapoznałem się z treścią Regulaminu Programu „Rebalancing” oferowanego do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o indeksie: REB-080201-ZM-090401, którego odbiór niniejszym potwierdzam.

Struktura Portfela

	Kod	Udział %		Kod	Udział %		Kod	Udział %
1			8			15		
2			9			16		
3			10			17		
4			11			18		
5			12			19		
6			13			20		
7			14					

Razem (1-20) = 100%

Określenie Struktury Portfela polega na wskazaniu procentowego udziału poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w Portfelu Programu, z dokładnością do 1%, z zastrzeżeniem, iż udział jednego funduszu w Portfelu Programu nie może być mniejszy niż 1%, a suma udziałów wszystkich wskazanych funduszy musi wynieść 100%. Maksymalna liczba funduszy w ramach Portfela Programu może wynieść 20.

Częstotliwość automatycznych Transferów Portfela Programu: ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna

W przypadku braku wskazania częstotliwości, uznaje się, iż Ubezpieczający dokonał wskazania częstotliwości kwartalnej.

☐ **Dokonuję zmiany Portfela Programu „Rebalancing”**

Struktura Portfela

	Kod	Udział %		Kod	Udział %		Kod	Udział %
1			8			15		
2			9			16		
3			10			17		
4			11			18		
5			12			19		
6			13			20		
7			14					

Razem (1-20) = 100%

Zmiana Struktury Portfela następuje poprzez wskazanie nowej Struktury Portfela i skutkuje dokonaniem przez Ubezpieczyciela Konwersji Jednostek Funduszy wchodzących w skład Portfela Programu w oparciu o złożoną przez Ubezpieczającego nową dyspozycję. Zaznaczenie informacji o dokonaniu zmiany Portfela Programu i brak wskazania nowej Struktury Portfela oznacza wskazanie aktualnie obowiązującej Struktury Portfela.

Częstotliwość automatycznych Transferów Portfela Programu: ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna

Zmiana częstotliwości automatycznych Transferów Portfela Programu skutkuje zmianą Daty Rebalancingu oraz dokonaniem przez Ubezpieczyciela Transferu Portfela Programu. Zaznaczenie informacji o dokonaniu zmiany Portfela Programu i brak wskazania nowej częstotliwości automatycznych Transferów Portfela Programu oznacza wskazanie aktualnie obowiązującej częstotliwości.

☐ **Proszę o dokonanie Transferu Portfela Programu „Rebalancing”**

Dokonanie Transferu Portfela Programu jest możliwe na podstawie wniosku złożonego w każdym czasie, nie częściej jednak niż raz w Miesiącu Polisy. Transfer Portfela Programu jest dokonywany również w przypadku złożenia dyspozycji zmiany Portfela Programu, polegającej na wskazaniu dotychczas obowiązującej częstotliwości lub Struktury Portfela.

R R R R M M D D
Data

Podpis Ubezpieczającego
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

Regon: 016003836; NIP: 951 19 33 418
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000056463.
Wysokość kapitału zakładowego: 46.000.000,00 PLN. Wysokość kapitału wpłaconego: 46.000.000,00 PLN.