

Bitte senden Sie dieses Blatt im **Original**
oder per **Fax Nr. 069 910-19050** an:



Informationen zum Vertragsinhaber

DWS Investment GmbH
60612 Frankfurt

| | |
|--|----------------------|
| Name(n) | <input type="text"/> |
| Vorname(n) | <input type="text"/> |
| Anschrift | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| Alters- vorsorge- vertragsnr. | <input type="text"/> |
| (Bitte vollständig eintragen, z.B. T123456701) | |

RER/EI
Info: 1

Aktualisierung Kundenstammdaten

Angaben zur Person

| | | |
|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nachname | Geburtsdatum | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Alle Vornamen gemäß Ausweis | Geburtsort | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Abweichender Geburtsname | Geburtsland | |
| <input type="text"/> | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| PLZ Ort | Wohnsitzland | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1. Staatsangehörigkeit | 2. Staatsangehörigkeit | Weitere Staatsangehörigkeit(en) |

| | | |
|----------------------|---|--|
| <input type="text"/> | 01 – Arbeitnehmer/in | 08 – Hausfrau/Hausmann |
| ausgeübter Beruf | 02 – Arbeitslos/Arbeitssuchend | 09 – Kind/Schüler |
| | 03 – Auszubildende/Praktikanten | 10 – Rentner/in; Pensionär/in |
| | 04 – Beamter/Beamtin | 11 – Soldat/in |
| | 05 – Einzelkaufleute/Gewerbetreibende | 12 – Student/in |
| | 06 – Freiberufler/Selbständige | 13 – Vermögender Privatkunde/Privatier |
| | 07 – Geschäftsführer/Vorstand/Prokurist | |


Bestätigung „Handeln auf eigene Rechnung“ bei einem bestehenden Depot

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass der von mir oben genannte DWS Altersvorsorgevertrag auf „eigene Rechnung“ geführt wird. Dies gilt auch für alle weiteren und zukünftigen DWS Altersvorsorgeverträge, die ich im Rahmen der laufenden Geschäftsbeziehung noch eröffnen werde. Anderenfalls teile ich der DWS Investment GmbH den wirtschaftlich Berechtigten sofort mit.

Erklärung und Unterschrift

Ich bestätige, dass alle Angaben in diesem Formular richtig und vollständig sind. Änderungen zu den Angaben werden der DWS Investment GmbH umgehend zur Kenntnis gebracht.

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ort | Datum | Unterschrift Vertragsinhaber (bzw. bei Minderjährigen Unterschriften beider Elternteile) | |

 **Bei minderjährigen Altersvorsorgevertragsinhabern ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten erforderlich. Falls ein Elternteil der alleinige gesetzliche Vertreter ist, bitten wir dieses - unter Beifügung eines Nachweises - zu bestätigen. Vielen Dank.**