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

DWS

Drucken

DWS Investment GmbH
60612 Frankfurt

Informationen zum Vertragsinhaber

Name(n) _____

Vorname(n) _____

Anschrift _____

_____

_____

_____

Alters-vorsorge-vertragsnr. T _____

(Bitte vollständig eintragen, z.B. **T**123456701)

Beitragszahlung (Zahlungen sind nur per Lastschrift möglich. Bitte teilen Sie uns Ihre Bankverbindung in nachfolgendem SEPA-Lastschriftmandat mit.)

Regelmäßiger Beitrag (Kauf per Einzugsermächtigung) ◯ Einrichten ◯ Ändern

gültig ab _____ Betrag _____ **EURO**

Bitte beachten Sie:
Falls Sie Ihre Beitragshöhe verändern möchten, geben Sie bitte hier Ihren gewünschten neuen Beitrag an.

Zahlungsrhythmus: ◯ monatlich ◯ 1/4-jährlich ◯ 1/2-jährlich ◯ jährlich

jeweils zum: ◯ 01. ◯ 05. ◯ 20. Tag eines Monats

erstmals ab (MM/JJJJ) _____

Einmaliger Beitrag (Kauf per Einzugsermächtigung)

Betrag _____ **EURO**

Die Zahlung soll sofort, sonst am _____ erfolgen.

Beitragsfreistellung

Hinweis zur Beitragsfreistellung: Sie können Ihren Altersvorsorgevertrag beitragsfrei stellen. Eine befristete Beitragsfreistellung ist für einen Zeitraum von bis zu maximal 12 Monaten möglich, Ihre Zahlungen zu Lasten Ihres Kontos werden befristet ausgesetzt. Zum angegebenen Termin werden widerruflich die vereinbarten Zahlungen zu Lasten Ihres Kontos mittels Lastschrift gemäß des zuletzt vereinbarten Zahlungsrhythmus und Termins erneut eingezogen.

☐ **Befristete Beitragsfreistellung**

Die Lastschrift soll zeitlich befristet ausgesetzt werden. Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich die Lastschrift zu folgendem Termin wieder einzusetzen: _____

Bitte beachten Sie: Die Lastschrift kann maximal 12 Monate ab Eingang des Serviceblattes befristet ausgesetzt werden.

☐ **Unbefristete Beitragsfreistellung**

(Lastschriftlöschung)

Bitte beachten Sie: Lastschriftlöschungen werden umgehend nach Eingang des Serviceblattes ausgeführt.

SEPA-Lastschriftmandat

◯ Anleger ist identisch mit dem Kontoinhaber ◯ Abweichender Kontoinhaber

Nachname des Kontoinhabers	Vorname(n)

Straße, Hausnummer	Land	PLZ	Ort

Ich ermächtige hiermit die DWS Investment GmbH, Gläubiger-ID DE08DEU00000030380, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DWS Investment GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN	BIC	Bank/Kreditinstitut

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

X		X
Ort	**Datum**	**Unterschrift (nur bei abweichendem Kontoinhaber)**

X	X	X	X
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.**

Preisveröffentlichungen über folgende Medien:

Internet (http://www.dws.de)
Reuters-Seiten DWS01 ff.

Hinweise zu Ihrem Serviceblatt

- Erteilen Sie uns Ihren Auftrag durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen der vorbereiteten Felder auf der Vorderseite.
- Schreiben Sie bitte leserlich, damit wir Ihren Auftrag schnell und korrekt ausführen können. Sie vermeiden damit Missverständnisse und zeitaufwendige Rückfragen.
- Nutzen Sie das Serviceblatt nur für die vorgesehenen Aufträge. Die weiteren Flächen bitte nicht beschreiben. Sie helfen uns damit.
- Bei sonstigen Aufträgen oder wenn Sie sich formlos an uns wenden, geben Sie immer Ihre vollständige Altersvorsorgevertragsnummer an.
- Unterschreiben Sie bitte alle Aufträge, die Sie uns erteilen.

DWS Investment GmbH