

Altersvorsorgevertragsinhaber

Bitte senden Sie dieses Blatt **im Original** an:

DWS Investment GmbH
60612 Frankfurt

Name(n), Vorname(n)	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Alters- vorsorge- vertragsnr.	<input type="text"/> T <input type="text"/>

(Bitte vollständig eintragen, z. B. T123456701)

VOT/EI

Vollmacht für den Todesfall

Angaben zum Bevollmächtigten

Nachname

Alle Vornamen gemäß Ausweis

Abweichender Geburtsname Geburtsdatum

Geburtsort Geburtsland

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort Wohnsitzland

1. Staatsangehörigkeit 2. Staatsangehörigkeit

Land der steuerlichen Ansässigkeit
Staat Lokale Steuer-Identifikationsnummer (TIN)

Staat Lokale Steuer-Identifikationsnummer (TIN)

Wirtschafts-Identifikationsnummer (W-IdNr.) bzw. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (USt-IdNr.) sofern vorhanden

Unterschriftsprobe des Bevollmächtigten*

Vorstehende Person bevollmächtige(n) ich/wir über das DWS Depot uneingeschränkt – auch zu eigenen und zugunsten Dritter – zu verfügen. Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Abrechnungen, Depotaufstellungen und sonstige Schriftstücke entgegenzunehmen, zu prüfen und anzuerkennen sowie das DWS Depot aufzulösen. Diese Vollmacht wird mit meinem/unserem Tode, nachgewiesen durch Vorlegung einer amtlichen Sterbeurkunde, wirksam. Sie ist bis auf schriftlichen Widerruf gültig. Diese Vollmacht hat keinen Einfluss auf die gesetzliche Erbfolge.

Bereits bestehende Vollmachten erlöschen hiermit. (Bitte ankreuzen, wenn gewünscht.)


Ort, Datum


Unterschrift Altersvorsorgevertragsinhaber

* Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.