

Informationen zum Vertragsinhaber

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

DWS Investment GmbH  
60612 Frankfurt

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

(Bitte vollständig eintragen, z. B. T123456701)

**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  **EUR**

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

jeweils zum  1.  5.  20. Tag eines Monats erstmals ab (MM/JJJJ)

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

**Einmaliger Beitrag** (Kauf per Einzugsermächtigung)

Betrag  **EUR** 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:** Lastschriftlösungen werden umgehend nach Eingang des Serviceblattes ausgeführt.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Anleger ist identisch mit dem Kontoinhaber  Abweichender Kontoinhaber

Name des abweichenden Kontoinhabers  Vorname(n)

Straße, Hausnummer  Land  Postleitzahl  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.

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

**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**