

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

Informationen zum Vertragsinhaber

Deutsche Asset & Wealth Management
Investment GmbH
60612 Frankfurt

Name(n), Vorname(n)	_____														
Produkt- name	_____														
Alters- vorsorge- vertragsnr.	<table border="1"><tr><td>T</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <small>(Bitte vollständig eintragen, z. B. T123456701)</small>	T													
T															

Für Ihren Auftrag kreuzen Sie einfach an
oder füllen Sie die Felder aus.

**Beachten Sie bitte auch die Hinweise
auf der nächsten Seite.**

Adress- änderung	Meine neue Anschrift und Telefonnummer lautet									
	Straße, Haus-Nr.	_____ gültig ab <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>					2	0		
					2	0				
	Land PLZ Ort	_____ tagsüber erreichbar unter Telefonnummer (<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich)								
_____	_____									

Beitragszahlung	Zahlungen sind nur per Lastschrift möglich. Bitte teilen Sie uns Ihre Bankverbindung in den vorgesehenen Feldern mit. Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich die folgende Zahlung zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.																					
	Regelmäßiger Beitrag (Kauf per Einzugsermächtigung) <input type="checkbox"/> Einrichten <input type="checkbox"/> Ändern	_____ gültig ab <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>					2	0														
					2	0																
	Betrag <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>,0</td><td>0</td></tr></table> EUR											,0	0	Bitte beachten Sie: Falls Sie Ihre Beitragshöhe verändern möchten, geben Sie bitte hier Ihren gewünschten neuen Beitrag an.								
										,0	0											
Termin <input type="checkbox"/> 01. <input type="checkbox"/> 05. <input type="checkbox"/> 20. eines Monats	Zahlungsrhythmus <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich																					
Einmaliger Beitrag (Kauf per Einzugsermächtigung)	Betrag <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>,0</td><td>0</td></tr></table> EUR											,0	0	Die Zahlung soll sofort erfolgen, sonst am <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>					2	0		
											,0	0										
				2	0																	

Beitrags- freistellung	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.									
	<input type="checkbox"/> Befristete Beitragsfreistellung Die Lastschrift soll zeitlich befristet ausgesetzt werden. Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich die Lastschrift zu folgendem Termin wieder einzusetzen:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>					2	0		
					2	0				
	<input type="checkbox"/> Unbefristete Beitragsfreistellung (Lastschriftlöschung) Bitte beachten Sie: Lastschriftlöschungen werden umgehend nach Eingang des Serviceblattes ausgeführt.	Bitte beachten Sie: Die Lastschrift kann maximal 12 Monate ab Eingang des Serviceblattes befristet ausgesetzt werden.								

SEPA-Lastschriftmandat	IBAN und BIC stehen in den Kontoauszügen. Ich ermächtige die Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH, Gläubiger-ID DE08DEU00000030380, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
	Name des Kontoinhabers	Vorname(n)
	_____	_____
	Straße, Haus-Nr.	Land PLZ Ort
	_____	_____
	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(en) Kontoinhaber	

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ort, Datum	Unterschrift(en) Vertragsinhaber (bei Minderjährigen beide 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.

Preisverzeichnis / Konditionentableau:

Internet (<http://www.dws.de/konditionen>)

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.

**Deutsche Asset & Wealth Management
Investment GmbH**