

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

DWS Investment GmbH
60612 Frankfurt

Informationen zum Vertragsinhaber

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

(Bitte vollständig eintragen, z. B. T123456701)

Auftrag zur Adressänderung für einen DWS Altersvorsorgevertrag bei der DWS Investment GmbH

Dieses Serviceblatt benutzen Sie bitte immer dann, wenn sich **während** der Vertragsdauer mit uns Ihre Anschrift geändert hat.

Anschriftsänderung	
Meine neue Anschrift lautet:	
Straße <input type="text"/>	
Land PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
Gültig ab <input type="text"/>	Tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäftlich	
E-Mail Adresse <input type="text"/>	


Ort, Datum

X

Unterschrift Vertragsinhaber (bzw. bei Minderjährigen Unterschriften beider Elternteile)

X

X

 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.

Wichtig ... Ihre Unterschrift.

X Felder unbedingt ausfüllen