Drucken

DWS

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

DWS Investment GmbH
60612 Frankfurt

Informationen zum Vertragsinhaber

Name(n), Vorname(n)

Anschrift

Alters-vorsorge-vertragsnr. T

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

SEP/EI

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für einen DWS Altersvorsorgevertrag bei der DWS Investment GmbH

Ich ermächtige 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.

Name des Kontoinhabers

Vorname(n)

Straße, Hausnummer

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 Kontoinhaber

Ich informiere die DWS Investment GmbH rechtzeitig, wenn sich meine hinterlegte Bankverbindung ändern sollte.

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.

SFFM 116 AV 03/2023