

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

Deutsche Asset Management
Investment GmbH
60612 Frankfurt

Informationen zum Vertragsinhaber

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

**LA/EI
Info: BRK**

DWS BasisRente Komfort - Anpassung der Beitragszahlung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit passe ich meine Beitragszahlung wie folgt an:

Regelmäßiger Beitrag (Kauf per Einzugsermächtigung) <input type="checkbox"/> Einrichten <input type="checkbox"/> Ändern		gültig ab <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"/>	
Betrag	<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"/> <input type="text"/>	EUR	Bitte beachten Sie: Falls Sie Ihre Beitragshöhe verändern möchten, geben Sie bitte hier Ihren gewünschten neuen Beitrag an.
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

(Nur **eine** Auswahl möglich)*

Die Anlage soll in meinen bisher ausgewählten Fonds erfolgen.

Die künftigen Beitragszahlungen sollen in den

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DWS Defensiv (DE000DWS1UR7) | <input type="checkbox"/> Deutsche Concept Kaldemorgen SFC (LU1303389503) |
| <input type="checkbox"/> DWS Balance (DE0008474198) | <input type="checkbox"/> Deutsche Invest I Top Dividend LC (LU0507265923) |
| <input type="checkbox"/> DWS Dynamik LC (DE000DWS0RZ8) | <input type="checkbox"/> DWS Akkumula LC (DE0008474024) |

erfolgen.

Mein bereits vorhandenes Altersvorsorgevermögen soll in

(Nur **eine** Auswahl möglich)*

- dem bisher investierten Fonds verbleiben.
- den für meine zukünftigen Einzahlungen ausgewählten Fonds (s. o.) umgeschichtet werden.

*Pflichtangaben

Mit freundlichen Grüßen

X <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> <small>Ort, Datum</small>	X <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> <small>Unterschrift(en) Vertragsinhaber (bei Minderjährigen beide Elternteile)</small>	X <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>
---	--	--

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.