

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)

VOT/EI

Vollmacht für den Todesfall

Angaben zum Bevollmächtigten

<input type="text"/>		
Nachname		
<input type="text"/>		
Alle Vornamen gemäß Ausweis		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Abweichender Geburtsname		Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsort	Geburtsland	
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort	Wohnsitzland
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Staatsangehörigkeit	2. Staatsangehörigkeit	Weitere Staatsangehörigkeit(en)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land der steuerlichen Ansässigkeit	Staat	Lokale Steuer-Identifikationsnummer (TIN)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Staat	Lokale Steuer-Identifikationsnummer (TIN)
	<input type="text"/>	
	Wirtschafts-Identifikationsnummer (W-IdNr.) bzw. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (USt-IdNr.) sofern vorhanden	

Unterschriftsprobe des Bevollmächtigten*

Vorstehende Person bevollmächtige(n) ich/wir über das DWS Depot uneingeschränkt – auch zu eigenen und zugunsten Dritter – zu verfügen. Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Abrechnungen, Depotaufstellungen und sonstige Schriftstücke entgegenzunehmen, zu prüfen und anzuerkennen sowie das DWS Depot aufzulösen. Diese Vollmacht wird mit meinem/unserem Tode, nachgewiesen durch Vorlegung einer amtlichen Sterbeurkunde, wirksam. Sie ist bis auf schriftlichen Widerruf gültig. Diese Vollmacht hat keinen Einfluss auf die gesetzliche Erbfolge.

Bereits bestehende Vollmachten erlöschen hiermit. (Bitte ankreuzen, wenn gewünscht.)


Ort, Datum

<input type="text"/>

Unterschrift Vertragsinhaber (bzw. bei Minderjährigen Unterschriften beider Elternteile)

<input type="text"/>

<input 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.

* Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.