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



DWS Investment GmbH 60612 Frankfurt

Name(n)	
Vorname(n)	
Anschrift	
Alters-	
vorsorge-	
vertragsnr.	<u>T, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
(Bitte vollstär	ndig eintragen, z.B. T 123456701)

Informationen zum Vertragsinhaber

LA/EI Info: Z

Premium-Vorsorge-Check – Beitragsneuberechnu	ng
	EUR
	EUR
abzüglich Grundzulage für Sie (175,- EUR)	L EUR
abzüglich einmalig 200,- EUR "Berufseinsteigerbonus" im ersten Beitragsjahr für Zulagenberechtigte, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	L EUR
abzüglich Grundzulage für Ihren Ehepartner (175,- EUR) (wenn ein "Huckepackvertrag" abgeschlossen wird/wurde)	L EUR
abzüglich Kinderzulage 185,- EUR pro Kind (bis 2008 geborene Kinder) Anzahl Kinder	」EUR
300,- EUR pro Kind (für ab 2008 geborene Kinder) Anzahl Kinder	EUR
= Eigenanteil	L EUR
	EUR

SFFM 115B 05/2025 1 von 2

Bitte andern Sie	meine Beitra	ge wie folgt:			
Zahlungsrhythmus	monatlic	h 1/4-jährlich	1/2-jährlich	jährlich	
jeweils zum	1.	5.	20. Tag eines M	20. Tag eines Monats	
Neuer Beitrag	EUR	gültig ab (mm/jjjj)		
	iträge darauf zu "aufgefüllt" werd			•	
Die Zuzahlung soll	sofort, sonst an	n (tt.mm.jjjj)	erfolgen.		
X	X	X	X		
Ort	Datum	Unterschrift Vertragsinh	aber		
		(bzw. bei Minderjährige	n Unterschriften beide	er Elternteile)	

SFFM 115B 05/2025 2 von 2