

VestimaPRIME Service-Antragsformular

Bitte füllen Sie alle Abschnitte des Formulars als Anhang zum Kontoeröffnungsformular aus, in dem der VestimaPRIME Service ausgewählt wurde.

Wir, die Unterzeichner, repräsentieren und beauftragen hiermit die Clearstream Banking AG ("Clearstream"), die folgenden Konten, die zuvor in unserem Namen eröffnet wurden oder derzeit eröffnet werden, als für den VestimaPrime Service zugelassen zu bestimmen.

Eingetragener Firmenname (vollständiger Name)

Kontonummern (falls bereits eröffnet)

Suffix zum Namen des registrierten Kontos bei der Fondsverwaltung/ dem Transfer Agent (Standard ist Ihre Kontonummer) ¹

Aus Gründen der Compliance müssen weitere Dokumente vorgelegt werden, auch für bestehende Konten.

Hauptansprechpartner und Postanschrift

Name des Ansprechpartners

Anschrift

Ort

Postleitzahl

Land

Tel.

Abends/alternative Rufnummer

Fax

Abends/alternative Faxnummer

SWIFT

Ansprechpartner Kapitalmaßnahmen

Name des Ansprechpartners

Tel.

Fax

E-Mail

Ansprechpartner Handel

Name des Ansprechpartners

Tel.

Fax

E-Mail

¹. Gilt nicht, wenn Sammelkonten bei der Fondsverwaltung/ dem Transfer Agent geführt werden.

Ansprechpartner Übertragungen

Name des Ansprechpartners

Tel.

Fax

E-Mail

Dividende

Barauszahlung

Wiederanlage

Kommunikationswege

(Bitte wählen Sie jeweils eine Option)

	SWIFT	Fax	E-Mail
Handel:			
- Auftragsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Voravis/voraussichtliche Bestätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ausführungsbestätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stornierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kapitalmaßnahmen:			
- Benachrichtigung über obligatorische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Benachrichtigung über fakultative Maßnahmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertragungen:			
- Übertragungsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anforderung von Informationen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Übertragungsbestätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stornierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonderbedingungen

(Bitte wählen Sie jeweils eine Bedingung pro Maßnahme)

	Wahlweise ²	Ja	Nein
Zulassung zu Neuemissionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeplan Anleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterliegt ERISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politisch exponierte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offenlegung der Kundenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bei der Auswahl von "Wahlweise" wird CBF Sie bei jedem einzelnen Ereignis kontaktieren, um Ihre Anweisung zu erhalten.

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)

Unterschrift

Unterschrift

Name

Name

Titel

Titel

Ort

Ort

Datum

Datum

Bitte senden Sie dieses Formular und die nachstehenden Dokumente (sofern erforderlich) an Ihren Relationship Officer:

- Kopie der Quellensteuerunterlagen
- Einkommensteuerunterlagen