

B  
i  
t  
t  
e  
v  
o  
l  
l  
s  
t  
ä  
n  
d  
i  
g  
u  
n  
d  
i  
n  
B  
l  
o  
c  
k  
s  
c  
h  
r  
i  
f  
t  
a  
u  
s  
f  
ü  
l  
l  
e  
n  
i

1/2012 pdf [2 FFB 25 6]



FIL Fondsbank GmbH  
Postfach 110663  
60041 Frankfurt am Main

Depotnummer

(Bitte unbedingt Ihre FFB-Fondsdepot-Nr. eintragen)

**Der Auftrag gilt für das Aktiv- und Passivdepot im FFB-Kombidepot.**

Depotinhaber   
Straße   
PLZ  Ort   
Geburtsdatum  Geburtsort   
Telefon

**Änderungen des Formularvordrucks sind nicht zulässig. Bitte verwenden Sie das Formular ausschließlich zu dem dafür vorgesehenen Zweck.**

### Anlegen / Ändern der Referenzbankverbindung

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Einzahlungen bei Fälligkeit ausschließlich von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und Auszahlungen ausschließlich auf dieses Konto per Überweisung vorzunehmen. Die ggf. zuvor benannte Referenzbankverbindung oder die als Referenzbankverbindung hinterlegte Bankverbindung aus der „Vollmacht für den Vermögensverwalter“, ist somit gegenstandslos.

#### Bankverbindung

Kontonummer/IBAN*	Kontoinhaber (Kontoinhaber müssen Antragsteller bzw. gesetzlichem Vertreter entsprechen)
BLZ/BIC*	Unterschrift für Lastschrifteinzug
Kreditinstitut	


\* Bei Bankverbindungen in Österreich unbedingt angeben.

**Hinweis:** Für das FFB-Fondsdepot:plus kann nur eine deutsche Referenzbankverbindung hinterlegt werden.

Die neue Bankverbindung ersetzt die bisherige Referenzbankverbindung auch in Sparplänen/Auszahlplänen, sofern hier die Referenzbankverbindung hinterlegt war. Ist in einem Sparplan/Auszahlplan eine von der Referenzbankverbindung abweichende Bankverbindung hinterlegt, muss diese ggf. separat geändert werden.

Ein Änderungsauftrag sollte der FFB mindestens 3 Bankarbeitstage vor einer gewünschten Transaktion vorliegen, da eine Abrechnung sonst ggf. noch über die bisherige Referenzbankverbindung erfolgt.

- Bitte reaktivieren Sie meinen Sparplan/meine Sparpläne, der/die aufgrund einer Rücklastschrift beendet wurde/n.  
Die nächste Ausführung soll zum  01.  15.   monatlich  vierteljährlich erfolgen.

Ort, Datum   Unterschrift(en) Depotinhaber (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

**Bitte senden Sie dieses Formular im Original unterschrieben an die FFB zurück.**