

Änderungsauftrag für alle FondsServiceBank-Depots

FondsServiceBank

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Depotinhaber(in) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma <small>Bei Gemeinschaftsdepots genügt der Name eines Depotinhabers</small>		Depotnummer <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"/>
Vorname	Name	

<input type="checkbox"/> Adressänderung	Meine neue Adresse lautet:
Straße/Hausnummer	
Land-PLZ/Ort	

<input type="checkbox"/> Namensänderung	Mein neuer Name lautet:
Vorname	Name
Geburtsname	
<small>Bitte fügen Sie bei Namensänderung eine Kopie der amtlichen Urkunde bei. In der Unterschriftenspalte unterschreiben Sie bitte mit neuem und mit altem Namen.</small>	

<input type="checkbox"/> Änderung der Bankverbindung <small>(nicht für Vermögenswirksame Leistungen)</small>	Meine/Unsere neue Bankverbindung lautet:
Kreditinstitut	Bankleitzahl
Kontonummer	Unterschrift Kontoinhaber X <small>(falls abweichend von Depotinhaber zwingend notwendig)</small>
Name des Kontoinhabers <small>(falls abweichend von Depotinhaber)</small>	

<input type="checkbox"/> Depotauflösung
<small>Bitte lösen Sie mein/unser Depot zum nächstmöglichen Termin auf und verkaufen Sie alle eventuell vorhandenen Fondsanteile. Der Gegenwert des Depots soll auf mein/unser Konto überwiesen werden. (Bitte geben Sie ggf. Ihre Bankverbindung oben an.)</small>

<input type="checkbox"/> Änderung Arbeitgeber <small>(für Vermögenswirksame Leistungen)</small>	Mein neuer Arbeitgeber ist:
Arbeitgeber/Firma	
z. H. von	Personalnummer des Depotinhabers
Straße/Hausnummer	
Land-PLZ/Ort	

Die obigen Änderungen gelten ab Eingang Ihres Änderungsauftrags bei der FSB FondsServiceBank GmbH.

Ort, Datum	1. Depotinhaber (ggf. gesetzliche Vertretung) X	2. Depotinhaber (ggf. gesetzliche Vertretung) X
------------	--	--

Wird von der FSB FondsServiceBank GmbH ausgefüllt			
Produktnummer	Antrag geprüft (Datum/Zeichen)	Antrag erfasst (Datum/Zeichen)	Antrag kontrolliert (Datum/Zeichen)

Original für FSB FondsServiceBank GmbH
Bitte erstellen Sie:
Kopie für Antragsteller

Bitte senden Sie das Original an:

FSB FondsServiceBank GmbH
Postfach 11 05

82001 Unterhaching