

Vollmacht für den Todesfall für ein bestehendes FondsServiceBank-Depot

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Depotinhaber(in) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <small>Bei Gemeinschaftsdepots genügt der Name eines Depotinhabers</small>		Depotnummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>										
Vorname	Name											

Bevollmächtigte(r) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname	Name
Straße/Hausnummer	
Land-PLZ	Ort
Geburtsdatum	Geburtsname

(Nur ausfüllen, sofern Erteilung einer 2. Vollmacht gewünscht)

Bevollmächtigte(r) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname	Name
Straße/Hausnummer	
Land-PLZ	Ort
Geburtsdatum	Geburtsname

Für den Fall meines Todes bevollmächtige ich die oben genannte(n) Person(en), über alle Rechte aus dem oben genannten Depot, auch zu eigenen Gunsten, zu verfügen. Diese Vollmacht setzt die gesetzliche oder testamentarische Erbfolge nicht außer Kraft, d.h., das Guthaben fällt in den Nachlass. Bei Gemeinschaftsdepots gilt diese Vollmacht erst nach dem Tod aller Depotinhaber. Diese Vollmacht ist bis auf schriftlichen Widerruf gültig.

Eine eventuell bereits bei uns vorliegende Vollmacht für den Todesfall ist damit erloschen.

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

Wird von der FSB FondsServiceBank GmbH ausgefüllt

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