



Depotnummer _____
(Bitte unbedingt eintragen)

Telefax (0 69) 770 60-555 (Zweitfax)
E-Mail auftrag@fidelity-direkt.de

FIL Fondsbank GmbH
Postfach 11 06 63
60041 Frankfurt am Main

Depotinhaber _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ _____ Ort _____
Telefonnummer für Rückfragen _____

Änderungen der Formulartexte sind nicht zulässig.

Splittsparplan Einrichten Vertragsnummer (nur beim Ändern/Beenden erforderlich) Ändern Beenden

Bitte legen Sie für mein/unser Depot folgenden Splittsparplan (Kaufauftrag) an und ziehen Sie den Betrag per Lastschrift von unten genannter Bankverbindung ein bzw. nehmen Sie die Änderungen wie unten angegeben vor. Bitte denken Sie daran den Auftrag rechtzeitig einzureichen. Liegt dieser der FIL Fondsbank GmbH nicht mindestens 3 Bankarbeitstage vor dem gewünschten Termin vor, beginnt die Ausführung ggf. erst im Folgemonat.

Gesamtbetrag in EUR ¹	Beginn (Monat/Jahr)	Turnus	Dynamisierung p.a. ²	Letzte Ausführung		
_____	<input type="checkbox"/> 01. _____ <input type="checkbox"/> 15. _____	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich	_____ %	_____		

WKN oder ISIN	Fondsname	Prozentuale Verteilung (je Fonds mind. 10%)	Betrag in EUR	Bemerkungen
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____

¹ Ein Splittsparplan ist ab 25 EUR monatlich und 75 EUR vierteljährlich, jeweils zum 1. oder 15. eines Monats möglich.
² Eine Dynamisierung des Betrages ist nur in vollen Prozentpunkten zwischen 1% und 10% möglich. **Summe:** 1,00 %

Hinweis: Sollte die Angabe zu Beginn und/oder Turnus des Splittsparplans fehlen, wird der Auftrag ab dem nächsten 1. und jeweils monatlich ausgeführt.

Bankverbindung

Wird keine Bankverbindung angegeben, wird das am FFB Fondsdepot/FFB FondsdepotPlus hinterlegte Referenzkonto genutzt.

Referenzkonto **FFB Abwicklungskonto** (Nur möglich bei FFB FondsdepotPlus. Die FIL Fondsbank GmbH behält sich das Recht vor, den Auftrag nicht auszuführen, sofern das FFB Abwicklungskonto keine bzw. unzureichende Deckung aufweist.) **Abweichendes Konto:**³

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen die FIL Fondsbank GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der FIL Fondsbank GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Gläubiger ID der FIL Fondsbank GmbH lautet DE57ZZZ00000130378.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN _____	Kontoinhaber _____
BIC _____	Unterschrift für Lastschrifteinzug _____
Kreditinstitut _____	

³ Ein Lastschrifteinzug von einem Tagesgeldkonto oder Sparbuch ist nicht möglich. Die FIL Fondsbank GmbH akzeptiert grundsätzlich Bankverbindungen aus Ländern des Euroraums. Die Bank behält sich vor eine Bankverbindung aus einzelnen Ländern abzulehnen.

Ich nehme/Wir nehmen zur Kenntnis, dass sofern der Erwerb von Fondsanteilen einen Angemessenheitstest erfordert, die FIL Fondsbank GmbH (Bank) bereits jetzt darauf hinweist, dass eine kundenbezogene Prüfung der Kenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich der Einschätzung der Risiken im Zusammenhang mit der Art der Finanzanlage nicht möglich ist, solange die Bank keinen Angemessenheitstest von mir/uns erhalten hat und der Erwerb dieser Finanzinstrumente in meinem/unserem eigenen Ermessen erfolgt.

Ich nehme/Wir nehmen zur Kenntnis, dass Anlagen in Investmentfonds erst nach Kenntnisnahme der wesentlichen Anlegerinformationen, der Vorab-Kosteninformation und der Basisinformationen erfolgen können. Gleichzeitig bestätige ich/bestätigen wir, dass mir/uns diese Informationen rechtzeitig vor Auftragserteilung von der Bank zur Verfügung gestellt wurde/n. Die Basisinformationen habe ich/haben wir in meinem/unserem persönlichen Bereich der mir/uns zur Verfügung gestellten Internetanwendung abgerufen oder per Post erhalten.

Sofern ich/wir vor Erhalt der Basisinformationen bereits einen Kaufauftrag erteile/n, bestätige ich/bestätigen wir hiermit über die für den Erwerb des Finanzinstruments notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen zu verfügen, es sei denn, ich habe/wir haben vor Ausführung des Auftrags eine anders lautende Erklärung abgegeben, um von der Bank zu erfahren, ob die Zielmarktkriterien des Fonds auf mich/uns zutreffen.

Übrige Verkaufsdokumente, deren Übergabe vor Auftragserteilung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, kann ich/können wir auf Anforderung von der Bank erhalten.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften stimme ich/stimmen wir zusätzlich zu, dass die Bank die ihr von dritter Seite zufließenden Provisionen bzw. geldwerten Leistungen behält – abweichend von den §§ 675, 667 BGB.

Ort, Datum _____ Unterschrift Depotinhaber 1 / Verfügungsberechtigter _____ Unterschrift Depotinhaber 2 / Verfügungsberechtigter _____

Depotführende Stelle:

FIL Fondsbank GmbH, Postfach 11 06 63, 60041 Frankfurt am Main · Sitz: Kronberg im Taunus · Amtsgericht: Königstein HRB 8336 · Umsatzsteuer-ID-Nr. DE 213709602
Geschäftsführung: Peter Nonner, Gerald Rink · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Ferdinand-Alexander Leisten