



Postfach 15 12 20 · 80047 München · Telefon 089/539 81-222 · Telefax 089/539 81-270 · E-Mail: vertrags-service@ks-auxilia.de · Internet: www.ks-auxilia.de

**Per Telefax an Vertrags-Service 089/539 81 - 270**

Mitglieds-Nr. / VSNR \_\_\_\_\_

Name / Firma \_\_\_\_\_  nicht selbständig  selbständig **Vermittler** \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  Beamte(r) / ö.D. **VMNR** \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Gehört diese Person einer der untenstehenden Berufsgruppen an?  ja (Direktions-Anfrage)  nein  
 – Berufs- und Lizenzsportler/-Trainer  
 – Schauspieler, Moderator (Film und TV)  
 – Wertpapierhändler, Börsenmakler, Investmentbanker, Rechtsanwälte  
 – Vorstand/Aufsichtsrat börsennotierter Aktiengesellschaften

Lebenspartner/in \_\_\_\_\_  nicht selbständig  selbständig  Beamte(r) / ö.D.

Gehört diese Person einer der untenstehenden Berufsgruppen an?  ja (Direktions-Anfrage)  nein  
 – Berufs- und Lizenzsportler/-Trainer  
 – Schauspieler, Moderator (Film und TV)  
 – Wertpapierhändler, Börsenmakler, Investmentbanker, Rechtsanwälte  
 – Vorstand/Aufsichtsrat börsennotierter Aktiengesellschaften

Bitte nehmen Sie ab dem \_\_\_\_\_ auf Grundlage des derzeit geltenden Tarifes sowie der im Tarif genannten Vereinbarungen und Hinweise zur Mitgliedschaft, Rechtsschutzversicherung und Schutzbriefversicherung folgende Risiken in Deckung:

- KS-Mitgliedschaft 27,- €**
- KS-Mitgliedschaft für alle Familienangehörigen zuzüglich 6,- €** / Anzahl Familienmitglieder inkl. Antragsteller: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Frage zum Spezial-Straf-Rechtsschutz (nur zu beantworten bei Produkten mit Spezial-Straf-Rechtsschutz):**

Läuft ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen Sie oder eine mitversicherte Person oder sind Umstände bekannt, die auf ein solches hinweisen?  
 ja, bitte auf Beiblatt erläutern  nein

**Vorversicherung:**

Ist oder war der Antragsteller und/oder eine mitversicherte Person innerhalb der letzten 5 Jahre rechtsschutz- und/oder schutzbriefversichert?  
 ja, alle Versicherer angeben  nein, Folgefragen nicht beantworten

Namen der Vorversicherer, Vers.-Nr., Umfang (z.B. PBV), Beginn, Ende  
**gekündigt durch:**  Versicherer (Schadenübersicht beifügen)  Versicherungsnehmer

**Wie viele Schäden wurden innerhalb der letzten 5 Jahre den Vorversicherern gemeldet?** \_\_\_\_\_ (bei 3 oder mehr Schadenübersicht einreichen)

**Hinweise:** Bitte beantworten Sie die Antragsfragen vollständig und wahrheitsgemäß (Hinweis: Falschangaben können zum Entfall des Versicherungsschutzes führen!). Zur Überprüfung und Ergänzung der Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern notwendig sein. Hinweis: Gerne können Sie uns auch eine Schadenübersicht der Vorversicherungen zur Verfügung stellen.

**Zahlungsweise:**  1/1-jährlich  1/2-jährlich\*  1/4-jährlich\*  monatlich\* (nur bei Lastschriftmandat)

Die Beiträge werden vom Vertragsbeginn bis zum Zeitpunkt der vereinbarten Fälligkeit erhoben. Die Versicherungssteuer, z. Zt. 19 %, ist in den Versicherungsbeiträgen enthalten. Ausfertigungsgebühren für Versicherungsscheine, Beitragsrechnungen, Zweitschriften u. ä. werden nicht erhoben. Die im Deckungsauftrag ausgewiesenen Beiträge sind Jahresbeiträge. Bei unterjähriger Zahlungsweise (\*) entnehmen Sie die Beiträge bitte der Angebots- und Tarifsoftware.

**SEPA-Lastschriftmandat** für KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V., Postfach 15 12 20 · 80047 München, Gläubiger-Identifikationsnummer DE79ZZZ0000024349  
 Der KS e.V. wird ermächtigt, Zahlungen von u.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das betroffene Kreditinstitut vom Zahlungspflichtigen angewiesen, die vom KS e.V. auf u.g. Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für Verträge mit o.g. Antragsteller. Der KS e.V. wird den SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens einen Kalendertag vorab ankündigen.

Hinweis: Der Kontoinhaber kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit seinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (22 Stellen) \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC, max. 11 Stellen) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr., PLZ, Ort des Kontoinhabers, falls abweichend vom Antragsteller \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers / Kontoinhabers oder Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

**Bonitätsprüfung** Nach Maßgabe der Erklärung zur Bonitätsprüfung willigt der Antragsteller ein, dass Informationen über sein Zahlungsverhalten und seine Zahlungsfähigkeit eingeholt werden.

**Unterschrift** Die Vertragsgrundlagen, d.h. das Produktinformationsblatt, die Versicherungsinformationen nach der VVG-Informationsverordnung, die Allgemeinen Rechtsschutz-Versicherungsbedingungen (AUXILIA ARB/2016) und/oder die AB KS-Schutzbrief 2012, die Allgemeinen Tarifbestimmungen, der Hinweis zur Anzeigepflicht, die Widerrufsbelehrung, die Datenschutzhinweise, die Information zur Bonitätsprüfung sowie die Dienstleisterliste wurden vor Antragsunterzeichnung ausgehändigt. Eine ordnungsgemäße Vollmacht / ein Maklervertrag wird bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Maklers \_\_\_\_\_