



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

Mitglieds-Nr. / VSNR _____ Vermittler / VMNR _____
Name / Firma _____ nicht selbständig selbständig Beamte(r) / ö.D.
Rechtsform der Firma _____
Anschrift _____
Mobil- und Telefonnummer _____ E-Mail _____
Lebenspartner/in _____ nicht selbständig selbständig Beamte(r) / ö.D.

Gehört eine der oben genannten Personen der unten stehenden Berufsgruppen an? nein ja (Direktionsanfrage – bitte nähere Angaben)
Berufs- und Lizenzsportler / -Trainer; Schauspieler, Moderator (Film und TV) und Influencer; Wertpapierhändler, Börsenmakler sowie Investmentbanker o.ä.; Rechtsanwalt; Vorstand/Aufsichtsrat von börsennotierten Aktiengesellschaften

Bitte nehmen Sie ab dem _____ auf Grundlage des derzeit geltenden Tarifes sowie der im Tarif genannten Vereinbarungen und Hinweise zur Mitgliedschaft, Rechtsschutzversicherung und Schuttbrieversicherung 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 zu einem solchen führen können?
 ja, bitte auf Beiblatt erläutern nein

■ Vorversicherung:

Ist oder war der Antragsteller und/oder eine mitversicherte Person innerhalb der letzten 5 Jahre rechtsschutzversichert (bei Beantragung Rechtsschutzversicherung) und/oder schuttbrieversichert (bei Beantragung Schuttbrieversicherung)?
 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 DE79ZZZ00000024349

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 _____ Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Antragsteller _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Antragstellers / Kontoinhabers oder Bevollmächtigten _____

■ InkassoPro ist eine Serviceleistung, die zusätzlich bei einigen Produkten genutzt werden kann. Der Antragsteller willigt ein, dass seine Kontaktdaten an den Inkasso-Dienstleister First Debit GmbH übermittelt und durch diesen verarbeitet werden. InkassoPro wird ausdrücklich nicht gewünscht.

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

■ Dokumentenversand Wählen Sie, wie dem Antragsteller der Versicherungsschein, die Beitragsrechnung und sonstige Dokumente zugestellt werden sollen:
 ePolice: online im Kunden-Portal (E-Mail und Mobilnummer des Antragstellers sind anzugeben) per Post

■ Unterschrift Die Vertragsgrundlagen, d.h. das Produktinformationsblatt, die Versicherungsinformationen nach der VVG-Informationsverordnung, die Allgemeinen Rechtsschutz-Versicherungsbedingungen (AUXILIA ARB/2021) und/oder die AB KS-Schuttbrief 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 _____

Automobilclub KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V.: Präsident: Ole Eilers. VR 3868 · AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG: Vorsitzender des Aufsichtsrates: Ole Eilers.
Vorstand: Rainer Huber (Vors.), Duygu Besli, Bernd Rademacher, Dirk Schawjinski. HRB 42150, Registergericht München · KS Versicherungs-AG: Vorsitzender des Aufsichtsrates: Ole Eilers.
Vorstand: Rainer Huber (Vors.), Duygu Besli, Bernd Rademacher, Dirk Schawjinski. HRB 59294, Registergericht München · Sitz des Vereins und der Gesellschaften: München