

# SEPA-Lastschriftmandat für Privat- und Geschäftskunden

Antragsteller  Firma  Herr  Frau

Mitglieds-Nr. / Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Firma, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Antrag vom: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat** für KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V.,  
Postfach 15 12 20 · 80047 München  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE79ZZZ00000024349

Ich ermächtige den KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für Verträge mit o.g. Antragsteller.

Der KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V. wird den SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens einen Kalendertag vorab ankündigen.

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

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
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 Kontoinhabers



**KRAFTFAHRER-SCHUTZ e.V.** Automobilclub  
**AUXILIA** Rechtsschutz-Versicherungs-AG  
**KS** Versicherungs-AG

Postfach 15 12 20 · 80047 München  
**Vertrags-Service:** Tel. 089/539 81-222 · Fax 089/539 81-270  
vertrags-service@ks-auxilia.de · www.ks-auxilia.de

Ihr direkter Draht für alle Rechtsfragen  
**089/539 81 - 333**  
24-Stunden-Service