

SEPA-Lastschriftmandat für Privat- und Geschäftskunden

Antragsteller

Firma Herr Frau Divers

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 02 20 · 80047 München ·
Vertrags-Service: Tel 089 / 539 81-222 · Fax 089/539 81-270
vertrags-service@ks-auxilia.de · www.ks-auxilia.de