

# Markel SEPA

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Markel Insurance SE, Sophienstraße 26, 80333 München

Gläubiger-Identifikationsnummer	Mandatsreferenz
DE36ZZZ00002141857	Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Markel Insurance SE, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Markel Insurance SE, auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort, Land

Kreditinstitut (Name)

IBAN (Deutschland)

DE \_\_ - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Datum, Ort, Unterschrift des Kontoinhabers

## SCHLUSSERKLÄRUNG

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie ferner, dass Sie unsere Allgemeine Datenschutzerklärung 01.2018 erhalten und deren Inhalt – insbesondere Ihre Rechte als Betroffener - zur Kenntnis genommen haben. Im Rahmen der Durchführung des Versicherungsvertrages sind wir auf die Verarbeitung von allgemeinen und personenbezogenen Daten angewiesen, welche wir unter Beachtung der maßgeblichen datenschutzrechtlichen Vorschriften und Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Standards verarbeiten, speichern und löschen.**

Ort, Datum

Antragsteller

Versicherungsvermittler

**Bitte senden Sie dieses SEPA-Lastschriftmandat an Ihren betreuenden Makler oder direkt an Markel Insurance SE:**

E-Mail: [info@markel.de](mailto:info@markel.de)