



## SEPA Lastschrift-Mandat

Mandat-Nr.

### Zahlungsart: nur bei laufender Zahlweise möglich

Frau Herr Firma Firmenname, Name, Vorname

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, Land

Name der Bank

BIC IBAN

### Name und Adresse des Zahlungsempfängers:

Liechtenstein Life Assurance AG  
Industriering 37  
FL-9491 Ruggell

Creditor-ID

AT31ZZZ00000014607

### Wichtiger Hinweis

**Ich ermächtige die Liechtenstein Life Assurance AG, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Liechtenstein Life Assurance AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.**

**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.**

### Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift des Beitragszahlers

Unterschrift des Antragstellers/  
Versicherungsnehmers